

LAPORAN PENELITIAN

**PEMETAAN *PATIENT JOURNEY* UNTUK KEMATIAN IBU DI
KABUPATEN GOWA, SULAWESI SELATAN**



OLEH :

dr. NURHIRA ABDUL KADIR, MPH

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**

2 0 1 6

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil 'alamin. Puji dan Syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Swt. karena atas perkenan-Nya jualah sehingga kami dapat menyelesaikan tugas penyusunan laporan penelitian kami ini. Salam dan shalawat kami kirimkan kepada kekasih Allah Muhammad Saw. semoga kita dapat mengikuti teladan yang beliau Saw. telah contohkan kepada kita semua. Amin

Melalui kesempatan ini, perkenankan kami menyampaikan rasa penghargaan kami kepada semua pihak yang telah memungkinkan terselesaikannya penyusunan laporan ini. Bapak Rektor UIN Alauddin Makassar beserta jajaran beliau, Bapak Dekan FKIK UIN Alauddin Makassar, ibu Ketua PSPD FKIK UINAM serta panitia dan reviewer yang telah membantu kami memberi masukan yang berharga baik dalam proses awal penyusunan draft, pengambilan data hingga pada proses penyusunan laporan akhir.

Tak lupa pula kami sampaikan terima kasih pada rekan-rekan dosen PSPD FKIK UINAM dan keluarga kami, teman-teman serta informan dan pendamping peneliti yang tak dapat kami sebutkan namanya satu persatu, hanya Allah SWT yang mampu membalas jasa bapak/ ibu dan adik-adik.

Terakhir, sangat banyak hal yang menjadi kekurangan dalam laporan ini yang mana kritik dan saran kami terima dengan tangan dan pikiran terbuka.

Samata, Desember 2016

DAFTAR ISI

Halaman Judul		i
Kata Pengantar		ii
Daftar Isi		iii
Abstract		iv
Abstrak		v
BAB I	PENDAHULUAN	1
A	Latar Belakang	1
B	Rumusan Masalah	5
C	Tujuan Penelitian	5
D	Manfaat Penelitian	6
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	7
A	Tinjauan Tentang <i>Patient Journey</i>	7
B	Tinjauan Tentang Keadaan Klinis dan Non Klinis yang Berkontribusi terhadap Tingginya AKI di Indonesia	9
C	Kontribusi Penelitian Ini	12
D	Kerangka Konseptual	13
BAB III	METODE PENELITIAN	14
A	Desain Penelitian	14
B	Populasi dan Sampel	16

C	Lokasi dan Waktu Penelitian		21
D	Pertimbangan Etik		
E	Instrumen Penelitian		24
F	Definisi Operasional		24
G	Pengolahan dan Analisa Data		26
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN		
A	Karakteristik Informan		30
B	Gambaran Pelayanan Kesehatan Kehamilan dan Persalinan di Gowa		32
C	Analisa Kualitatif terhadap Data		37
D	Pembahasan		56
BAB IV	PENUTUP		61
A	Kesimpulan		61
B	Saran		61
DAFTAR PUSTAKA			vi

ABSTRACT

This study is to map and to explore patient journeys of mothers who contribute to the number of the 2016 maternal deaths in Gowa Regency, South Sulawesi Province. It has been knowing for a long time that maternal deaths in Gowa are among the highest in South Sulawesi Province. Mapping the journey may provide insight towards failing steps or events that occur along the mothers' ways. The study used qualitative analysis. A total of 11 informants were derived, 3 of whom are families or friends of 2 of the 15 mothers who were registered in maternal death report from the Health Authority of the Gowa Regency. In-depth interviews with informants, both with or without a translator, were done by using semi-structured, open-ended questions. The information was enriched with the assessment of various relevant documents. The result of the study was that in the two main phases of the journeys the first phase which is the preparation phase was marked with themes such as (1) Sports, Eat, Sleep and Recreation (2) ANC, (3) Health Insurance and (4) Family support. The second phase shows various themes include (1) Mothers high motivation for pervaginam - delivery (2) "*Ka baik-baik ja ini!*" (3) Budget (4) "*Dikira Pontianakkang*" (6) Confusing hospital and health facility procedures (7) Inter-facility communication and (8) Politics, regulation and conflicts of interests. Throughout the process, family members, especially husbands, are among those who seem to play important roles in the failing journeys of mothers. The study suggests that governments and stakeholders should include families in the pregnancy consultancy since the first time for ensuring that mothers have enough support to follow the correct pathways to the successful delivery process..

Keywords: patient journey; case study; maternal death

ABSTRAK

Penelitian ini adalah untuk memetakan dan mengeksplorasi perjalanan pasien dari ibu yang berkontribusi pada jumlah 2016 kematian ibu di Kabupaten Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan. Telah mengetahui untuk waktu yang lama bahwa kematian ibu di Gowa termasuk yang tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan. Pemetaan perjalanan dapat memberikan wawasan terhadap langkah-langkah gagal atau peristiwa yang terjadi di sepanjang jalan ibu '. Penelitian ini menggunakan analisis kualitatif. Sebanyak 11 informan berasal, 3 di antaranya adalah keluarga atau teman-teman dari 2 dari 15 ibu yang terdaftar dalam laporan kematian ibu dari Otoritas Kesehatan Kabupaten Gowa. Wawancara mendalam dengan informan, baik dengan atau tanpa penerjemah, dilakukan dengan menggunakan, pertanyaan semi-terstruktur terbuka. Informasi yang diperkaya dengan penilaian berbagai dokumen yang relevan. Hasil dari penelitian ini adalah bahwa dalam dua fase utama dari perjalanan tahap pertama yang merupakan tahap persiapan ditandai dengan tema-tema seperti (1) Olahraga, makan, tidur dan Rekreasi (2) ANC, (3) Asuransi Kesehatan dan (4) dukungan keluarga. Tahap kedua menunjukkan berbagai tema termasuk (1) Ibu motivasi tinggi untuk pervaginam - pengiriman (2) "Ka Baik-baik ja Penyanyi" (3) Anggaran (4) "Dikira Pontianakkang" (6) Membingungkan rumah sakit dan fasilitas kesehatan prosedur (7) komunikasi Inter-fasilitas dan (8) Politik, regulasi dan konflik kepentingan. Selama proses tersebut, anggota keluarga, terutama suami, di antara mereka yang tampaknya memainkan peran penting dalam perjalanan gagal ibu. Studi ini menunjukkan bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan harus mencakup keluarga di konsultasi kehamilan sejak pertama kali untuk memastikan bahwa ibu memiliki dukungan yang cukup untuk mengikuti jalur yang benar untuk proses pengiriman sukses.

Kata kunci: *patient journey*; studi kasus; kematian ibu; Gowa

BAB I

PENDAHULUAN

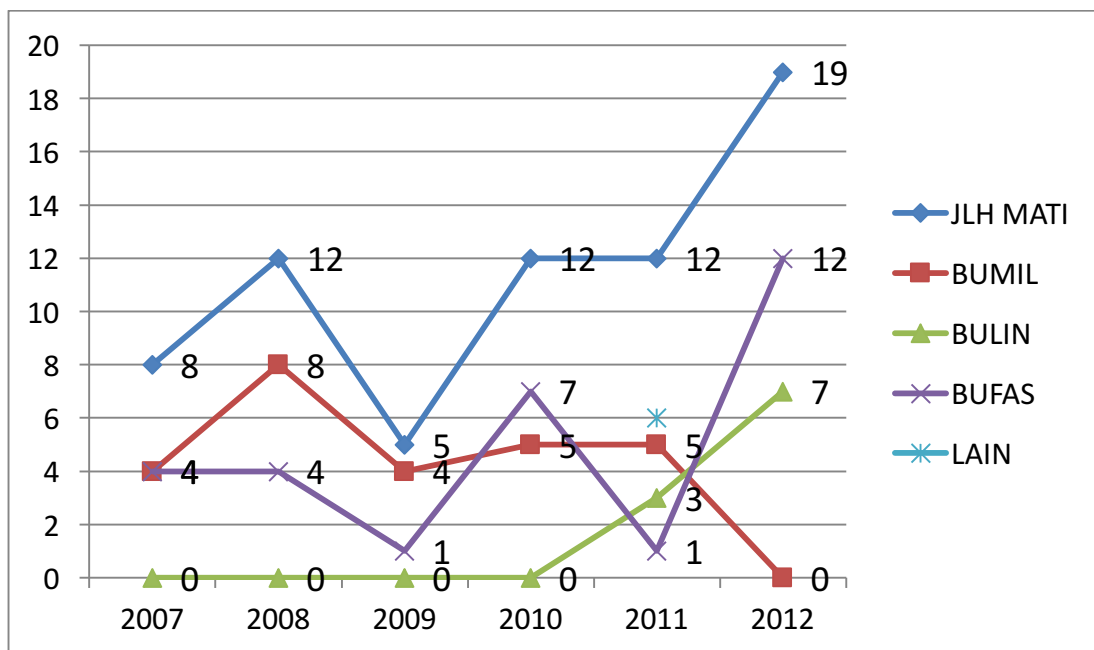
A. Latar Belakang

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah salah satu isu yang paling menantang dalam sistem kesehatan Indonesia. Meskipun isu tersebut telah menempati posisi sebagai program prioritas utama di Kementerian Kesehatan RI selama bertahun-tahun, persoalan kematian ibu dan anak setiap tahunnya tetap sulit untuk dipecahkan. Sejauh ini, terdapat setidaknya dua hal yang terbaca dari data AKI Indonesia yang menunjukkan bahwa angka tersebut sulit tercapai. Pertama, sekalipun trend AKI terlihat memiliki kecenderungan menurun, angka-angka capaian Indonesia pada setiap tahunnya masih sangat jauh dari target (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2011). Kedua, data menunjukkan bahwa penurunan AKI yang terjadi dalam kurun 5 tahun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002 menjadi 228 kematian ibu pada setiap 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, mengalami titik balik yang cukup drastic dengan hasil SDKI 2012 dimana terjadi pelonjakan AKI pasca 2007 menjadi 349 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Dengan pencapaian 349 per 100.000 kelahiran hidup, AKI kita bahkan sudah melampaui AKI 10 tahun lalu. Suatu perburukan yang membutuhkan kewaspadaan dan pengkajian yang mendalam dari semua pihak, terutama pemerintah dan institusi pendidikan terkait kesehatan ibu.

Kabupaten Gowa termasuk satu dari 5 daerah yang berkontribusi paling besar dalam tingginya angka kematian ibu di Sulawesi Selatan. Sayangnya, saat daerah lain menunjukkan pertanda perbaikan dalam hal trend penurunan AKI, Gowa menunjukkan angka yang cenderung stagnan. Berikut ini adalah grafik yang dicatat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa (2014) (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Upaya Penurunan AKI dan AKN di Kabupaten Gowa. Presentasi Makalah Dalam Pertemuan dengan Usaid Program Emas. Sungguminasa: 16 September 2014):

Grafik 1.1

Situasi Kematian Maternal di Kabupaten Gowa Tahun 2007-2012



AKI yang cukup tinggi di Indonesia berakar pada banyak masalah dan yang memprihatinkan adalah sebagian besar penyebab langsung kematian ibu tersebut adalah hal-hal yang sifatnya dapat dicegah dengan memberikan pelayanan kebidanan dasar yang cukup dan dukungan upaya klinis dan operatif yang mudah dijangkau (Kwast, 1996). Kementerian kesehatan (2015) mencatat bahwa pada tahun 2013 tiga faktor utama penyebab kematian ibu melahirkan adalah perdarahan (30,1%), hipertensi saat hamil atau pre eklamsi (27,1%) dan infeksi (7,3%). Khusus untuk di Kabupaten Gowa, tiga penyebab utama kematian ibu dalam 5 tahun terakhir secara berurutan mulai dari yang tertinggi hingga yang terendah adalah perdarahan, eklamsi/preeklamsi dan terakhir infeksi. Selain ketiga hal ini, survey Kementerian Kesehatan RI (2015) menambahkan partus lama dan komplikasi keguguran sebagai penyebab terbanyak lainnya.

Di samping penyebab dari aspek klinis, keterlambatan kerap disebut-sebut sebagai kontributor yang cukup signifikan dalam tingginya AKI (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Slogan 4T yaitu keterlambatan diagnosis, keterlambatan dirujuk, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan dan keterlambatan memperoleh pengobatan dan penanganan berdampak secara bermakna terhadap nasib ibu dan bayinya (Supratikto, 2002).

Sifat multifaktorial pada isu tingginya AKI telah membuktikan bahwa solusi sederhana dan sepotong-sepotong tidak pernah cukup (Nyamtema dkk, 2011). Selama ini, pemerintah telah menempuh pendekatan konvensional untuk mengatasi masalah kesehatan ibu yaitu dengan memastikan ketersediaan layanan kesehatan dan

memastikan bahwa setiap bagian dalam layanan kesehatan tersebut bekerja secara efisien di daerah mereka sendiri. Namun, terbukti hal ini tidak mampu memecahkan masalah jika desain keseluruhan proses klinis yang dijalani ibu tidak memadai dan jika hubungan antara tahapan perjalanan ibu dalam memperoleh layanan kesehatan obstetrik yang lemah (Bent-Tovim dkk, 2008).

Mendokumentasikan perjalanan pasien bisa sangat membantu untuk memahami pengalaman pasien sepanjang proses klinis yang mereka lalui (Trebbles dkk, 2010). Hal ini dapat menunjukkan titik waktu yang berpotensi mempengaruhi kehidupan pasien (dalam hal ini ibu dan anak) di mana setiap pihak baik ibu, keluarga, petugas kesehatan dan mereka yang terlibat harus memberi perhatian secara khusus. Sayangnya, penelitian semacam ini masih sangat jarang dilakukan di Indonesia, dan khusus untuk di kabupaten Gowa, penelitian seperti ini belum pernah dilakukan.

Untuk itulah, kami selaku peneliti berupaya untuk mengisi kesenjangan dengan penelitian yang akan mengevaluasi pengalaman ibu, mulai dari detik awal mereka mendapatkan gejala/ tanda pertama dari persalinan hingga saat mereka harus kehilangan nyawa mereka atau bayi mereka. Penelitian ini berusaha untuk mengidentifikasi titik-titik kritis dalam rentang waktu tersebut dan letak keterlambatan dalam periode waktu dimaksud, dan apa kesenjangan/ persoalan yang mencegah mereka untuk mengambil tindakan yang kemungkinan besar dapat menyelamatkan nyawa ibu dan anaknya.

B. Rumusan Masalah

Memperhatikan latar belakang yang telah diuraikan di atas, pertanyaan penelitian yang dirumuskan untuk turut berkontribusi terhadap peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia adalah dalam hal sebagai berikut:

1. Mereka ulang riwayat *patient journey* ibu yang bermukim di daerah rural dan yang di daerah urban dalam fase kehamilan terakhir hingga kematiannya akibat persalinan.
2. Memaparkan alur perjalanan (*patient journey*) ibu yang bermukim di daerah rural dan yang di daerah urban yang dilalui dalam periode kehamilan hingga saat terakhir kehidupan ibu
3. Menampilkan kejadian-kejadian penting di sepanjang perjalanan (*patient journey*) ibu yang potensil berkontribusi terhadap kematian ibu.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk memetakan *patient journey* yaitu perjalanan peristiwa yang ibu alami sejak dari saat pertama tanda atau gejala kehamilannya bermasalah atau dari fase persalinan mulai disadari hingga ke detik terakhir ibu atau bayinya harus kehilangan nyawanya akibat proses persalinan atau komplikasi kehamilan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mereka ulang riwayat *patient journey* ibu yang bermukim di daerah rural dan yang di daerah urban dalam fase kehamilan terakhir hingga kematiannya akibat persalinan.

- b. Memaparkan alur perjalanan (*patient journey*) ibu yang bermukim di daerah rural dan yang di daerah urban yang dilalui dalam periode kehamilan hingga saat terakhir kehidupan ibu
- c. Menampilkan kejadian-kejadian penting di sepanjang perjalanan (*patient journey*) ibu yang potensial berkontribusi terhadap kematian ibu. Untuk menelusuri kesenjangan/ masalah yang mencegah ibu dan orang lain yang terlibat untuk mengambil tindakan yang dapat menyelamatkan nyawa ibu dan / atau bayi

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Secara teoretis, pemahaman yang lengkap terhadap riwayat *patient journey* ibu dapat membantu dalam merumuskan arah baru pada penelitian serupa dalam area ini di masa depan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan

Memberikan perspektif yang lengkap kepada pendidik, pengambil kebijakan, mahasiswa dan pelajar di bidang kesehatan tentang kompleksitas masalah dalam penurunan AKI di Indonesia secara umum, dan di kabupaten Gowa secara khusus.

b. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang berharga bagi penelitian di area yang serupa di masa depan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang *Patient Journey*

Kajian tentang *patient journey* bukanlah hal yang baru meskipun cenderung jarang dilakukan di Indonesia. *Patient journey* menjelaskan semua langkah secara berurutan yang dilalui pasien dalam proses perawatannya. Langkah tersebut termasuk langkah-langkah klinis dan non-klinis. Menganalisis *patient journey* dan mengidentifikasi setiap fase di mana terjadi keterlambatan atau bahkan hambatan adalah kunci untuk suksesnya proses diagnostik dan terapi. Analisis data *patient journey* ini diperlukan untuk bukti unsur apa yang bekerja dengan baik dalam tahapan yang dilalui, apa yang tidak dan di mana kesenjangan yang terjadi. Seringkali, persepsi mengapa keterlambatan dalam diagnosis, rujukan dan terapi terjadi tetapi tidak didukung oleh data yang akurat (Trebbles, 2010).

Pemetaan proses *patient journey* memungkinkan kita untuk "melihat" dan memahami pengalaman pasien secara utuh. Kondisi pasien, interaksi dan pengobatan disusun menjadi serangkaian berurutan. Urutan langkah-langkah antara dua poin kejadian dalam proses perjalanan pasien (mulai dari event pertama suatu kondisi terjadi pada pasien hingga masuk ke ruang perawatan serta hingga keluar dari ruang perawatan untuk kembali ke rumah) dapat dilihat sebagai satu jalur yang utuh dalam proses perawatan (Ben-Tovim dkk, 2005).

Mengetahui hal-hal apa saja yang dilalui oleh pasien sebelum mencapai ruang perawatan hingga keluar dari ruang perawatan sangat membantu untuk meningkatkan lancarnya jalur yang dilalui pasien sebab dengan mengetahui pengalaman pasien tersebut, pengambil kebijakan dapat melakukan koordinasi praktek multidisiplin yang bertujuan untuk memaksimalkan outcome klinis dan meningkatkan efisiensi layanan kesehatan dengan menghilangkan jalur yang tidak efektif dan tidak perlu.

Data yang diberikan oleh pemetaan *patient journey* dapat digunakan untuk mendesain ulang jalur yang harus dilalui pasien untuk meningkatkan kualitas atau efisiensi manajemen klinis dan mengubah fokus perawatan terhadap aspek-aspek yang paling penting bukan hanya di mata petugas kesehatan tetapi pula di mata pasien. Pemetaan *patient journey* telah menunjukkan manfaat klinis di berbagai Negara. Berbagai spesialisasi, tim multidisiplin, dan sistem kesehatan telah memanfaatkan (Trebbles, 2010).

Meninjau secara seksama perjalanan pasien melalui pemetaan *patient journey* selalu bermanfaat. Pemetaan boleh dilakukan kapan saja dalam episode penyakit pasien. Namun, indikasi umum untuk melakukannya perlu jelas. Termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kepuasan atau kualitas hidup pasien, serta tak kalah pentingnya meningkatkan efisiensi keuangan pasien yang harus mereka keluarkan karena mengakses layanan klinis tertentu.

B. Tinjauan Tentang Keadaan Klinis dan Non Klinis yang Berkontribusi terhadap Tingginya AKI di Indonesia

Kematian maternal sesuai definisi dalam *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases* (ICD-10) (WHO, 2010) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan. Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan suatu masyarakat. Laporan WHO (2007) menyebutkan bahwa penyebab kematian ibu yang paling umum di Indonesia adalah bersifat obstetrik langsung dan terdiri dari perdarahan, preeklamsi/eklamsi serta infeksi.

Sekitar 28% dari total AKI disebabkan oleh perdarahan. WHO (2010) menggaris-bawahi bahwa kebanyakan kasus perdarahan yang terjadi pascapersalinan tidak memiliki faktor resiko yang bisa dikenali sebelumnya. Misalnya, dua pertiga kematian akibat perdarahan tersebut adalah dari jenis retensio plasenta, yang sulit mengira ibu mana yang akan mengalaminya.

Kematian akibat perdarahan dapat terjadi dalam waktu singkat. Bahkan kurang dari sejam. Itulah sebabnya keterlambatan menjadi faktor utama kematian ibu dengan perdarahan. “Tiga terlambat” yaitu terlambatnya keluarga dan ibu untuk mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, terlambat dalam

mendapatkan pertolongan medis yang tepat menjadi momok dalam penanganan ibu (WHO, 2007; WHO, 2010).

Preeklamsi/ eklamsi meliputi 24 % dari kematian ibu (WHO, 2010). Ditandai oleh kejang dalam persalinan yang disertai oleh peninggian tekanan darah dan abnormalitas protein darah. Kejang ini bisa terjadi pada pasien dengan tekanan darah tinggi tidak terkontrol dengan baik saat persalinan. Hipertensi sebenarnya dapat terjadi sebagai pengaruh kehamilan, dan biasanya kembali normal bila kehamilan sudah berakhir. Peranan bidan dalam memantau secara ketat kehamilan dan persalinan ibu dengan hipertensi menjadi langkah yang signifikan dalam pencegahan kematian akibat preeklamsi dan eklamsi.

Penyebab tersering ketiga kematian ibu adalah Infeksi akibat trauma pada persalinan (WHO, 2010). Infeksi post-partum diketahui misalnya dengan menetapnya suhu tubuh 38°C dalam pengukuran suhu 2 kali berturut dimana rentang waktu antara dua pengukuran adalah 6 jam dan suhu diukur dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Demam tersebut harus dipastikan bukan akibat penyebab lainnya (misalnya ISPA, dll). Infeksi yang secara langsung berhubungan dengan proses persalinan biasanya terjadi pada rahim, daerah sekitar rahim atau vagina dan di luar organ ginekologis seperti ginjal. Beberapa kondisi yang meningkatkan kemungkinan untuk terjadinya infeksi dalam persalinan adalah partus lama, pre-eklamsi, anemia, pemeriksaan dalam vagina berulang kali, partus dengan tindakan seperti vakum ekstraksi atau section, retensio plasenta, penundaan persalinan selama lebih dari 6 jam setelah ketuban pecah, dan perdarahan.

Penundaan/ keterlambatan secara konsisten ditemukan sebagai masalah di kebanyakan studi kematian ibu (Cham dkk, 2005; Thaddeus dan Maine 1995). Adisasmita (2008) menemukan bahwa hampir seperlima dari seluruh pasien yang diterima di rumah sakit umum disebutkan dengan istilah “nyaris tidak selamat” (near missed cases). Adisasmita menyarankan bahwa kondisi kritis yang dialami wanita saat tiba untuk pertama kalinya di fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa ada penundaan yang lama dalam mencapai rumah sakit. Dalam investigasinya terhadap hasil audit maternal perinatal-yang dilakukan di wilayah kematian ibu tinggi Banten, Adiwijaya (2001) melihat bahwa ada koordinasi yang buruk antara petugas kesehatan sepanjang jalan/ jalur di mana seorang ibu mencari bantuan.

Namun, ada jauh lebih banyak hal yang bertanggung jawab dan berkontribusi terhadap kematian ibu, bukan hanya keterlambatan petugas (Supratikto (2002). Model tiga-delay, seperti dapat dilihat di Barnes-Yosia dkk (1998), menggambarkan banyak faktor terjalin dalam kematian ibu. Banyak hal dapat terjadi dalam periode keterlambatan tersebut. Misalnya, kegagalan untuk mengenali suatu peristiwa yang mengancam jiwa untuk ibu dan bayi mereka mungkin tidak selalu terjadi karena ketidakmampuan bidan. Dalam beberapa tradisi, penundaan dapat terjadi karena keadaan darurat obstetrik benar tidak dikenali sebagai keadaan darurat (Some dkk, 2013). Diskriminasi dalam praktik sosial dan budaya terhadap perempuan baik dalam keluarga atau di masyarakat juga ditemukan untuk mencegah perempuan memperdengarkan dan didengar dalam proses pengambilan keputusan meskipun itu tentang kehidupan/ nyawa mereka sendiri (Sen dan Batliwala, 2000).

Penelitian ini akan fokus pada eksplorasi pengalaman seorang ibu dari tahap pertama memberikan proses melahirkan saat dia harus kehilangan hidupnya atau bayinya lakukan untuk kegagalan proses. Meskipun gagasan yang jelas tentang pentingnya periode tertunda pada ibu mencari proses bantuan, ada sedikit studi yang melihat pengalaman negara-negara berkembang 'ibu' selama periode Supratikto dkk, (2002). Oleh karena itu, penelitian ini akan memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap peningkatan perawatan kesehatan ibu-perinatal di Indonesia dalam beberapa cara yang akan diuraikan pada manfaat penelitian.

C. Kontribusi Penelitian Ini

Secara garis besar penelitian ini adalah untuk menyediakan peta lengkap pengalaman seorang ibu pada perjalanan mereka ke fasilitas kesehatan untuk melahirkan. Fokus utamanya adalah pada evaluasi mendalam terhadap bagian mana dari perjalanan tersebut yang paling mungkin menimbulkan keterlambatan dan apa yang terjadi selama periode keterlambatan, siapa yang terlibat, bagaimana mereka terlibat, apa perjuangan yang ibu lalui pada tiap periode tersebut. Diharapkan penelitian ini dapat berkontribusi untuk meningkatkan efisiensi jalur yang ibu lalui dalam mencari bantuan dari profesional kesehatan yang diharapkan akibatnya dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya dalam beberapa cara yaitu:

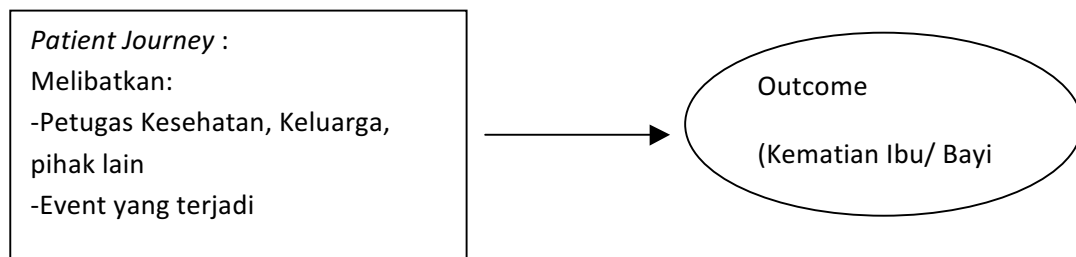
1. Penelitian ini akan memberikan evaluasi yang komprehensif dari literatur dan sumber daya yang ada untuk menunjukkan hubungan antara kematian ibu dan manajemen saat tahap akhir kehamilan di Indonesia.

2. Penelitian ini akan memberikan evaluasi komprehensif tentang peristiwa nyata dalam keterlambatan yang fatal yang mengarah ke kematian ibu dari berbagai perspektif (ibu, keluarga, petugas kesehatan dan pihak terkait lainnya).
3. Penelitian ini akan membantu untuk meningkatkan pengelolaan tahap akhir kehamilan di Indonesia.

E. Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan rumusan masalah yang telah dirumuskan, maka dikembangkan kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 2.1
Bagan Kerangka Konsep



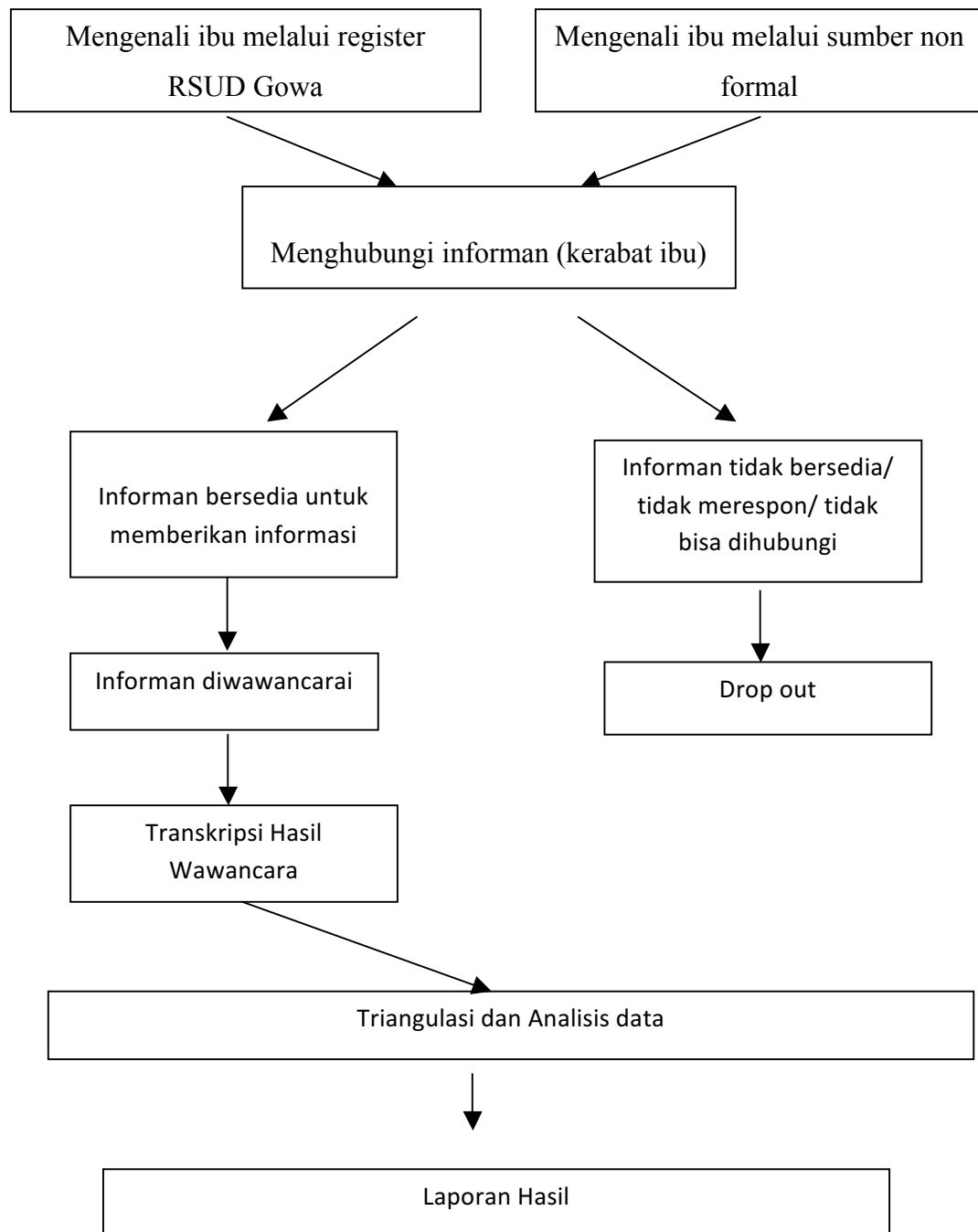
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Terdapat beberapa alasan mengapa metode ini yang dipilih. Pertama, penelitian untuk memetakan perjalanan pasien, di kabupaten Gowa khususnya, belum pernah dilakukan sebelumnya. Penelitian ini bisa menjadi langkah awal yang dilakukan sebelum memilih desain yang dapat lebih dalam menggali peranan pemetaan *patient journey* dengan perlakuan yang lebih rumit pada penelitian lain di masa yang akan datang. Kedua, jenis penelitian kualitatif yang akan dilakukan adalah penelitian Studi Kasus (*Case study*) (Yin, 2003; Patton 2012). Metode ini digunakan karena memungkinkan analisis mendalam dari "kasus" dengan memberikan penjelasan yang kaya, deskripsi mendalam dengan informasi kontekstual rinci untuk kasus ini.

Beberapa sumber data termasuk tinjauan ekstensif terhadap literatur, wawancara mendalam dan observasi lapangan akan digunakan dalam dua pendekatan untuk mendapatkan jawaban terbaik untuk pertanyaan penelitian dan memberikan penjelasan rinci dan analisis kasus. Adapun secara garis besarnya alur penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Gambar 3.1 Bagan Alur Penelitian

B. Populasi dan Sampel

Dalam penelitian ini, kasus didefinisikan sebagai ibu dan perjalanannya melalui sistem perawatan kesehatan hingga detik kematiannya akibat gangguan dalam kehamilan atau proses persalinan. Setiap ibu diperlakukan sebagai satu kasus. Seperti yang dibahas dalam Lauckner dkk (2012) desain studi kasus sangat membantu untuk menampilkan gambaran perjalanan yang kaya informasi, mendalam dan kompleks yang dijumpai dengan mengkaji kasus-kasus yang beragam (Anaf dkk, 2007;. Stake, 2000). Namun, untuk mencegah risiko terjadinya penyederhanaan data jumlah kasus sebaiknya dibatasi (Stoecker, 1991). Creswell (1998) memberi saran untuk membatasi kasus untuk maksimal 4 (empat) kasus.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Gowa. Untuk mengidentifikasi kasus, definisi yang digunakan WHO pada kematian ibu yaitu sebagai kematian seorang wanita selama kehamilan, melahirkan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan (WHO, 2004). Waktu kematian ibu dibatasi dalam fase satu tahun terakhir ini, atau sejak Januari 2016 hingga Desember 2016. Pemilihan waktu tersebut dimaksudkan agar para kerabat yang bersedia menjadi informan masih mampu mengingat dengan baik kronologis kejadian yang dialami oleh ibu.

Jumlah kasus yang akan dikumpulkan adalah seluruh kasus kematian ibu. Selanjutnya keluarga atau kerabatnya memungkinkan untuk diwawancarai kemudian dihubungi. Awalnya, kasus direncanakan untuk dikenali melalui catatan medis di

rumah sakit umum RSUD Gowa. Dalam kenyataannya, dari 15 kasus kematian yang dialami oleh ibu yang terdata sebagai penduduk kabupaten Gowa atau yang tercatat dilayani di fasilitas kesehatan kabupaten Gowa, hanya ada 5 kasus yang dijumpai dalam rekam medic RSUD Syekh Yusuf. Selebihnya, 10 kasus diketahui dari catatan Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa.

Fakta lapangan menunjukkan berbagai kesulitan dalam melacak alamat keluarga ibu yang meninggal. Dalam register di RS dan fasilitas kesehatan, alamat yang dicantumkan tidak mendetail, secara umum hanya menyebutkan nama desa/kelurahan. Sebagai contoh, berikut ini adalah petikan data alamat kematian ibu yang kami peroleh dari registrasi rekam medis sepanjang tahun 2016 di RSUD Gowa:

Tabel 3.1
Alamat Ibu yang Tercatat Di Rekam Medis RSUD Gowa

No	No Reg	KODE IDENTITAS	Alamat
1	42 4X XX	P1	Tallang-tallang
2	43 0X XX	P2	Tona-Tonasa
3	38 3X XX	P3	Jl.Muhammadiyah, Kalebajeng, Bajeng, Gowa
4	43 7X XX	P4	Bola Romang , Tombolo Pao
5	44 1X XX	P5	Manjalling, Bajeng Barat, Gowa

Selama kurang lebih 1 bulan, proses perekrutan informan dari kalangan keluarga ibu yang meninggal sifatnya stagnan. Kami telah menanyakan kepada warga

dan tokoh masyarakat di wilayah alamat ibu tetapi tidak ada yang mengaku mendengar dan mengenali almarhumah. Ibu P2 dan P3 mencantumkan nomor telepon di rekam medis rumah sakit. Nomor kontak keluarga almarhumah ibu P3 sudah tidak aktif lagi sementara nomor kontak keluarga almarhumah ibu P2 masih aktif. Nomor tersebut adalah putri almarhumah ibu P2. Awalnya, asisten peneliti, seorang mahasiswi Prodi Kebidanan UINAM yang direkrut untuk membantu melacak alamat ibu berhasil meminta kesediaan putri almarhumah ibu P2 untuk dikunjungi dan diwawancarai. Sayangnya, pada kontak berikutnya, baik melalui peneliti ataupun asisten peneliti, saat kami menelepon, kami mendengar nada aktif tetapi pemiliknya sama sekali tidak pernah lagi mengangkatnya dan tidak pula membalas pesan sms dari kami.

Kemajuan yang cukup berarti kami dapatkan saat mengumumkan kesulitan yang kami hadapi di *Facebook* dan menipkan pesan kepada mahasiswa Prodi Kebidanan FKIK UIN Alauddin Makassar yang merupakan warga Gowa. Dalam hitungan jam, kami memperoleh respon yang positif dari kenalan dan kerabat yang menginformasikan pihak-pihak yang dapat dihubungi untuk menemukan informan. *Snowball sampling* kemudian digunakan untuk mengenali ibu atau anggota keluarga dari ibu yang meninggal.

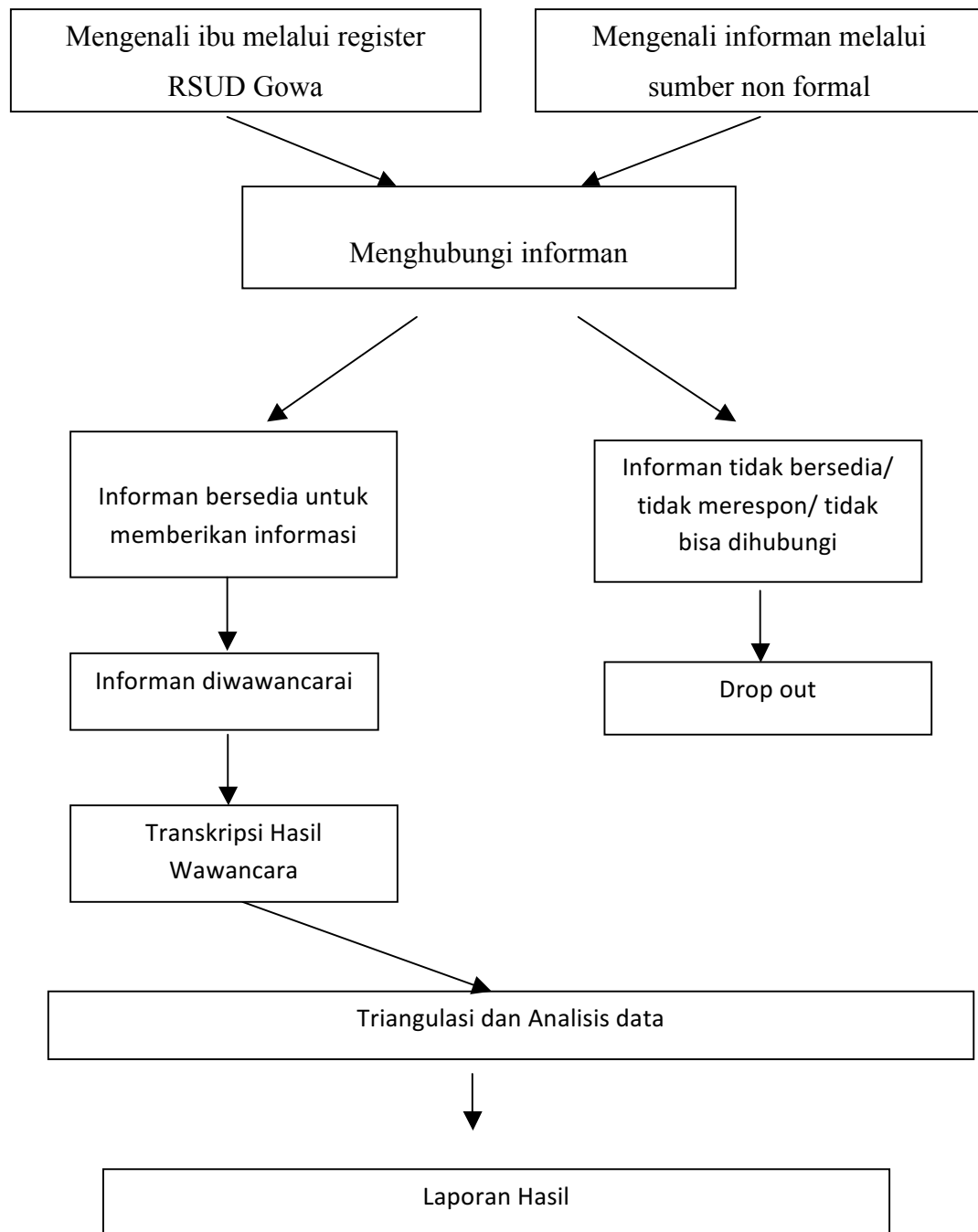
Rekrutmen juga dirancang untuk menggabungkan ibu dari daerah pedesaan terisolir di kabupaten Gowa dan wilayah perkotaan Gowa dengan perbedaan status

sosial-ekonomi. Di akhir pengumpulan informasi, peneliti telah mengumpulkan 4 kasus kematian ibu yang siap untuk ditelusuri secara mendalam.

Kami telah mewawancarai 5 orang kerabat dari ke-empat kasus yang dipilih. Dalam perkembangannya, konsultasi yang kami lakukan dalam diskusi untuk membahas hasil penelitian dengan dua orang reviewer dari Fakultas Kedokteran dan ilmu Kesehatan, kami putuskan untuk fokus menganalisis dua kasus saja dari keempat kasus yang telah diwawancarai agar dapat lebih fokus dan mendalam dalam menganalisa kasus yang dipilih. Kasus tersebut masing-masing mewakili ibu dari daerah perkotaan dan dari daerah pelosok Gowa.

Gambar di bawah ini menunjukkan alur yang kami lalui dalam menemukan dan memilih kasus yang akan dianalisis:

Gambar 3.2 Bagan Alur Penelitian



C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini bertempat di Kabupaten Gowa, Propinsi Sulawesi Selatan.. Penelitian dilaksanakan selama September-Desember 2016 dengan alur sebagai berikut:

Tabel 3.2 Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	Jadwal Kegiatan
1	Penyusunan dan pengajuan Proposal	September 2016
2	Perizinan	Oktober 2016
3	Pengumpulan Data	November- Desember 2016
4	Analisa Data	Desember 2016
5	Penyusunan draft Laporan Akhir	Desember 2016
6	<i>Proof Reading</i>	Desember 2016
7	Pengiriman Draft Laporan Akhir	Januari 2017
8	Seminar Laporan Akhir	Januari 2017
9	Penyusunan/ Revisi <i>Final Draft</i>	Januari 2017
10	Pengiriman <i>Final Draft</i> (Hasil revisi pasca Seminar Laporan Akhir)	Januari 2017

4. Pertimbangan Etik

Penelitian ini dilakukan dengan surat rekomendasi dan izin tertulis dari Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan dan Ketua Program Studi Pendidikan

Dokter UIN Alauddin Makassar. Ijin tertulis juga diperoleh dari Balitbangda Sulawesi Selatan dan dari Pemerintah kabupaten Gowa.

Selanjutnya, persetujuan tertulis dari narasumber untuk dilibatkan sebagai partisipan dalam penelitian ini diminta hanya setelah peneliti menjelaskan tujuan penelitian, bagaimana mereka dilibatkan dan dampak keterlibatan tersebut. Selama proses penelitian, partisipan tetap berhak untuk menolak terlibat penelitian sehingga data yang diberikannya tidak akan diikutkan dalam analisa.

Kerahasiaan identitas partisipan dijamin oleh peneliti. Identitas disamarkan dengan beberapa cara. Dalam tabulasi, nama informan disingkat menjadi inisial. Pelaporan nama informan disamarkan. Pemilihan nama informan divariasikan. Nama informan disingkat dengan satu huruf, dari A hingga K. Hal ini sebab jumlah kasus kematian sepanjang tahun 2016 adalah 15 orang. Jumlah tersebut memudahkan untuk dilacak jika memakai inisial dari penggalan nama mereka. Berikut ini adalah table yang memuat inisial informan dan beberapa detail yang diperlukan untuk memahami informasi yang diberikan.

Tabel 3.3 Kode Nama Informan dan Detail Identitas

Kode Nama Informan	Kode Nama Almarhumah Ibu yang Diwakili (Kasus)	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan dengan almarhumah
A	X1	55	SMA	Pedagang	Saudara Kandung
B	X2	65	Tidak sekolah	Petani	Ibu Kandung
C	X2	19	Tidak sekolah	Belum Bekerja	Saudara Kandung
D	-	30	S-2	NGO	-
E	-	43	SMA	Kader	-
F	-	52	S-1	Bidan	-
G	-	22	D-III	Bidan	-
H	-	36	S-2	Dokter	-
I	-	31	S-2	Kader	-

Seluruh percakapan dalam wawancara telah direkam. Untuk menjamin kerahasiaan informan, setelah selesainya penelitian dan publikasi, rekaman akan dihapuskan.

E. Instrumen Penelitian

Instrument penelitian yang dipergunakan adalah seperangkat *semi-structured, open ended questions*. List pertanyaan yang diajukan sudah dipersiapkan sebelum wawancara sekalipun setelah berjalannya wawancara pertanyaan yang diajukan kepada informan dimodifikasi sesuai fakta dan kejadian yang muncul dalam kisah atau respon yang dipaparkan.

F. Definisi Operasional

Istilah-istilah yang dipergunakan dalam penelitian ini cukup beragam. Beberapa istilah yang memerlukan penjelasan atau definisi secara khusus diuraikan dalam table berikut ini.

Tabel 3.4 Definisi operasional

Istilah	Definisi operasional	Kriteria yang dipakai
<i>Patient Journey</i>	Pemetaan terhadap serangkaian kejadian yang dilalui oleh ibu mulai dari dirasakannya tanda dan gejala kehamilan bermasalah atau tanda persalinan hingga ke detik terakhir menuju kematian ibu akibat proses persalinan tersebut.	(Ben-Tovim dkk, 2005), Trebble (2010)
Kasus	Ibu hamil atau inpartu dan perjalanannya melalui sistem perawatan kesehatan hingga ke saat kematiannya.	Lauckner dkk (2012),
Kematian Ibu	Kematian seorang wanita selama kehamilan, melahirkan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan	(WHO, 2004), <i>The Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD-10)</i>
Informan	Terdiri atas dua bagian besar yaitu: 1. Keluarga atau kerabat dari ibu yang	

	<p>dipilih menjadi kasus yang dapat memberikan penjelasan tentang riwayat kematian ibu.</p> <p>2. Petugas kesehatan di instansi pemerintah atau non pemerintah yang dapat menyediakan informasi akurat tentang kematian ibu di wilayah kabupaten Gowa.</p>	
--	--	--

F. Pengolahan dan Analisa Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan teknik wawancara, dilengkapi dengan observasi lahan dan studi terhadap dokumen terkait. Dalam penelitian ini validitas atau keabsahan data diperiksa dengan metode triangulasi. Triangulasi adalah cara untuk memastikan keabsahan data yang diperoleh dengan memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk kepentingan pengecekan konsistensi data atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Patton, 2002). Triangulasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan tiga alternatif dari 4 metode dasar triangulasi seperti yang diajukan Denzin dalam Patton (2002) yaitu investigator lebih dari satu orang (*investigator triangulation*) dan sumber data yang bervariasi (*data triangulation*). Analisa data dalam penelitian ini menggunakan *thematic analysis*.

a. In Depth interview

In-depth interview dilakukan pada 9 orang informan. Panjang interview berkisar antara 30 hingga 70 menit. Informan dijumpai secara langsung di tempat yang disepakati bersama atau diwawancarai lewat telepon. Ada yang dijumpai sekali dan ada pula yang dijumpai hingga beberapa kali.

Jika informan tidak lancar menggunakan bahasa Indonesia, wawancara dilakukan dengan bantuan penerjemah. Dalam penelitian ini, peneliti memakai 2 (dua) orang penerjemah. Satu orang penerjemah untuk informan yang hanya bisa berbahasa Makassar dan satu orang penerjemah untuk informan yang menggunakan bahasa Konjo.

Berikut ini adalah table yang memuat tempat-tempat yang dipilih untuk mewawancarai responden.

Table 3.5 Lokasi, Total Waktu dan Penggunaan Jasa Penerjemah dalam Wawancara

Kode Nama Informan	Kode Nama Almarhumah Ibu yang Diwakili (Kasus)	Umur (tahun)	Frekuensi wawancara (kali)	Total Durasi Wawancara (Menit)	Lokasi Wawancara
A	X1	55	1	28 menit 3 detik	Rumah kediaman
B	X2	65	1	18 menit 38 detik	Rumah kediaman
C	X2	19	1	15 menit	Rumah kediaman
D	-	30	4	1 jam, 15 menit, 4 detik	Perpustakaan, Rumah, Telepon
E	-	43	1	43 menit	Rumah
F	-	52	1	20 menit	Puskesmas
G	-	22	3	1 jam 45 menit	Puskesmas, Rumah kediaman, Telepon
H	-	36	1	23 menit	Puskesmas
I	-	31	1	24 menit	Rumah

Keseluruhan percakapan direkam dengan alat perekam dari handphone dan tablet. Wawancara dilakukan oleh satu orang peneliti menggunakan list pertanyaan *open ended questions* yang sudah dipersiapkan sebelumnya. Dalam wawancara, pengembangan tema dilakukan mengikuti dinamika percakapan.

b. Pengolahan Data

Data primer dari perbincangan dengan narasumber kemudian dikumpulkan. Selanjutnya, informasi tersebut diproses dengan mengikuti alur analisis tematik (*Thematic analysis*) yang terdiri atas enam fase utama sebagai berikut:

1) Mengakrabkan diri dengan data (*Familiarisation with the data*)

Fase ini meliputi upaya peneliti untuk mendengar kembali seluruh rekaman yang ada secara berulang-ulang sehingga memungkinkan peneliti untuk akrab dengan informasi yang diberikan. Selanjutnya, data percakapan dibuatkan transkripnya. Transkrip ini dibaca berulang-ulang sehingga peneliti mulai akrab dengan data dan dapat menemukan benang merah antara tiap informasi yang disampaikan informan

2) Memberi kode (*Coding*)

Fase ini meliputi upaya peneliti untuk membuat label/ kode terhadap gambaran pernyataan yang dipandang memberikan informasi tentang pertanyaan penelitian. Pada saat ini, semua petikan-petikan pernyataan dalam transkrip yang mengandung informasi penting pembicaraan diberikan tanda. Proses dilakukan untuk seluruh transkrip.

3) Mencari tema (*Searching for themes*)

Dalam tahapan ini peneliti menilai kode yang telah dibuat. Karena banyaknya kode yang muncul, peneliti memandang perlu untuk memudahkan menemukan tema dengan membuat kategori pembicaraan.

Kategori yang ditemukan dalam hal ini ada dua bagian besar berupa kisah tentang tahap persiapan dan tahap persalinan. Dengan membuat kategorisasi ini, kode yang dibuat mulai dapat lebih mudah untuk ditangani dan tema diangkat dengan menemukan benang merah antara kode yang dibuat.

4) Mereview tema (*Reviewing themes*)

Fase ini memberi kesempatan pada peneliti untuk me-review tema yang dibuat. Beberapa tema yang dibuat pada fase sebelumnya diubah untuk lebih memudahkan pelaporan dengan cara dikombinasi, dipecah atau dihapuskan.

5) Mendefinisikan dan memberi nama tema (*Defining and naming themes*)

Analisa temaa mulai dilakukan dengan membuat analisa secara mendetail dan melihat apakaah settiap tema yaang dipilih dapat mewakili “satu kisah”. Misalnya ketika menetapkan “Dukungan Keluarga” sebagai satu tema, prosesnya meliputi upaya peneliti melakukan analisis mendetail terhadap informasi mengenai signifikansi dukungan keluarga. Jangkauan dan fokus tema juga termasuk bagian yang dipertimbangkan. Termasuk apakah pemberian nama “Dukungan Keluarga” dapat bersifat informatif atau sebaliknya menimbulkan kerancuan.

6) Pelaporan (*Writing up*)

Bagian ini meliputi upaya peneliti untuk menuliskan kembali seluruh hasil penelitian sesuai konteks dan analisa yang telah dilakukant dan dikaitkan dengan referensi atau literatur terkait.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Informan

1. Umur

Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini memiliki variasi dalam berbagai hal termasuk dalam hal umur. Umur informan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik informan berdasarkan umur

Umur (tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
<20	1	11
20-35 tahun	3	33
>35-50 tahun	2	23
.> 50	3	33
Total	9	100,0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, terlihat bahwa sebagian besar informan adalah berumur 20-35 tahun dan >35-50 tahun yaitu masing-masing 3 orang (33 %), sedangkan yang paling sedikit yaitu kurang dari 20 tahun yaitu 1 orang (11%).

2. Pendidikan Terakhir

Deskripsi tingkat pendidikan informan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Karakteristik informan berdasarkan tingkat pendidikan terakhir

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak sekolah	2	22
SMA	2	22
DIII	1	11
S-1	1	11
S-2	3	34
Total	9	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel di atas, terlihat bahwa tingkat pendidikan terakhir informan yang terbanyak yaitu berasal dari S-2 sebanyak 3 orang (34%), sedangkan jumlah informan yang tingkat pendidikannya paling kecil adalah berasal dari S-1 dan DIII yaitu masing-masing 1 orang (11%). Responden yang tidak sekolah dan SMA jumlahnya sama yaitu masing-masing 2 orang (22%).

3. Pekerjaan

Deskripsi dalam hal pekerjaan informan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3 Karakteristik informan berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Belum bekerja	1	11.2
Kader	2	22
Bidan	2	22
Pedagang	1	11.2
NGO	1	11.2
Petani	1	11.2
Dokter	1	11.2
Total	9	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel di atas, terlihat bahwa pekerjaan informan sangat variatif mulai dari yang terbanyak yaitu kader dan bidan masing-masing 2 orang (22%) bidan, dan yang belum bekerja, pengelola NGO, petani dan dokter adalah masing-masing 1 orang (11.2%).

B. Gambaran Pelayanan Kesehatan Kehamilan dan Persalinan di Gowa

Di sini akan diberikan gambaran singkat mengenai fasilitas layanan kesehatan kehamilan dan persalinan di wilayah Gowa dan sekitarnya secara umum, dan secara khusus pada wilayah yang dilalui oleh ibu yang dipilih sebagai kasus dalam penelitian ini.

1. Gambaran Umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kehamilan dan Persalinan di Kabupaten Gowa

Kabupaten Gowa merupakan daerah otonom dengan ibu kota Sungguminasa, Kota kabupaten ini terletak sekitar 10 km dari Kota Makassar. Kabupaten Gowa berbatasan dengan:

- a. Di utara : Kota Makassar dan Kabupaten Maros
- b. Di timur : Kabupaten Sinjai, Kabupaten Bulukumba dan Bantaeng
- c. Di selatan : Kabupaten Takalar dan Kabupaten Jeneponto
- d. Di barat : Kota Makassar dan Kabupaten Takalar

Wilayahnya yang seluas 1.883,33 kilometer persegi adalah 3,01 persen dari seluruh luas Provinsi Sulawesi Selatan. Wilayah Kabupaten Gowa sebagian besar terletak di daratan tinggi yaitu sekitar 72,26%. Terdapat 9 wilayah kecamatan yang terletak di area dataran tinggi yaitu Kecamatan Parangloe, Manuju, Tinggimoncong, Tombolopao, Parigi, Bungaya, Bontolempangan, Tompobulu dan Biringbulu. Pembagian wilayahnya terdiri dari:

- a. Kecamatan : 18 buah
- b. Kelurahan/Desa : 167 buah
- c. Dusun : 517 buah
- d. Lingkungan : 85 buah
- e. RW : 1480 buah
- f. RT : 3085 buah

Kabupaten dengan jumlah penduduk 652.941 Jiwa ini terdiri atas laki-laki 313.101 jiwa dan perempuan sebanyak 323.993 Jiwa. Berdasarkan pemaparan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa (2015), penduduk Gowa dilayani oleh tenaga kesehatan sebagai berikut:

- a. Dokter umum (PNS) : 45 orang
- b. Dokter umum (PTT) : 11 orang
- c. Dokter Ahli anak : 2 orang
- d. Dokter Ahli kandungan : 3 orang
- e. Bidan Desa : 156 orang
- f. Bidan RB : 13 orang
- g. Bidan Dinkes : 4 orang
- h. Perawat : 169 orang
- i. Dukun : 342 orang

Sementara itu fasilitas pelayanan yang dimiliki oleh kabupaten ini terdiri atas

RSU : 1 buah

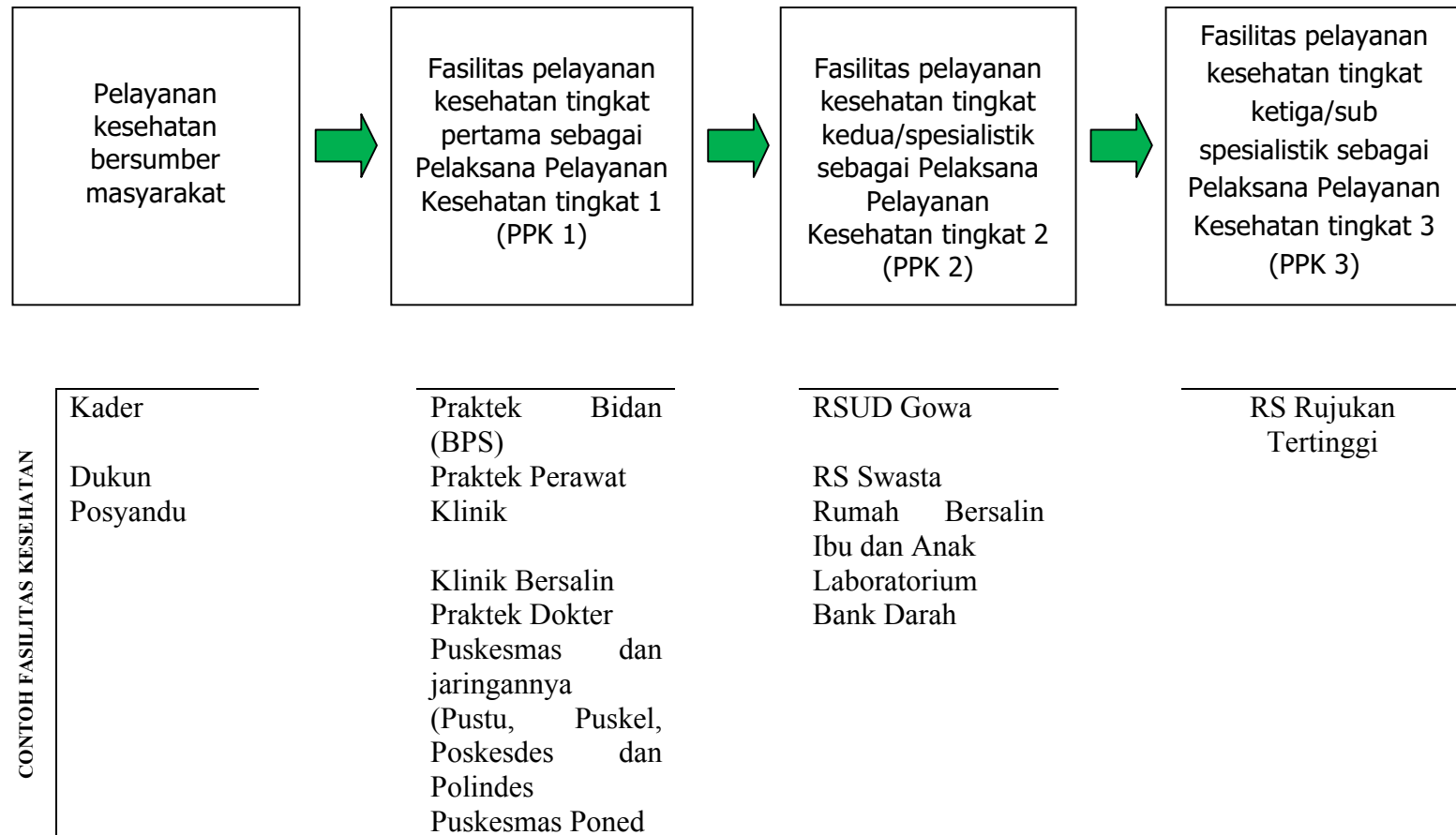
- a. Puskesmas RRI (PONED) : 11 (7) buah
- b. Puskesmas non RRI : 14 buah
- c. Rumah Bersalin : 4 buah
- d. Pustu : 119 buah
- e. Posyandu : 702 buah
- f. Pondok bidan : 49 buah

- g. BP swasta dan pemerintah: 100 buah
- h. BPS : 56 buah
- i. Bidan KIT : 57 buah
- j. Dukun KIT : 45 buah

2. Gambaran Umum Alur Rujukan Pelayanan Persalinan di Kabupaten Gowa

Pelayanan rujukan di wilayah kabupaten Gowa adalah bersifat pelayanan rujukan berjenjang. Secara umum, gambar alur rujukan adalah sebagai berikut:

Skema 4.1 Alur Rujukan di Wilayah Kabupaten Gowa



C. Analisis Kualitatif terhadap Informasi Yang Diperoleh

Pengambilan data kualitatif dilakukan melalui penelusuran dokumen, pengamatan lapangan, wawancara mendalam dengan informan yang dapat memberikan informasi yang akurat sesuai tujuan penelitian. Penelusuran dokumen dan pengamatan lapangan dilakukan sejak bulan September 2016, sementara *in-depth interview* atau wawancara dilakukan pada bulan Oktober-Desember 2016.

Untuk lebih memahami kasus yang dipilih, berikut ini adalah detail karakteristik dari ibu yang kasusnya diangkat dalam penelitian ini. Selanjutnya diuraikan pula ringkasan riwayat untuk setiap kasus.

1. Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu yang akan diuraikan berikut ini terdiri atas umur, paritas, alamat tempat tinggal, riwayat pernikahan, pendidikan dan pekerjaan ibu. Umur ibu yang terpilih dalam kasus ini adalah sama 36 tahun.

Dari sudut paritas kedua ibu yang dipilih memiliki riwayat kehamilan berbeda. Ibu X1 primigravida dan prtimpara, sementara ibu X2 adalah multigravida-primipara.

Dalam hal alamat tempat tinggal, ibu X1 bermukim di urban area dan ibu lainnya yaitu ibu X2 bertempat tinggal di rural area Gowa, yaitu pada wilayah yang cenderung terisolasi akibat secara geografisnya sangat sulit untuk diakses. Dari kedua ibu tersebut, 1 orang tinggal di rumah pribadi, 1 orang menumpang pada kakak dan terpisah dari suami.

Kedua ibu menikah secara formal atas restu keluarga kedua belah pihak,

bukan akibat kawin lari. Pendidikan terakhir ibu berbeda, ibu X1 merupakan tamatan S1 sementara ibu X2 tamatan SD. Dari sudut pekerjaan, ibu X1 bekerja sebagai guru di SLTA swasta 1 orang, sementara ibu X2 adalah petani sekalipun sebagian besar waktunya setelah hamil adalah sebagai ibu rumah tangga saja.

Tabel 4.4 Kode Nama Ibu dan Detail Identitas

Kode Nama Almarhumah Ibu (Kasus)	Umur (tahun)	Paritas	Pendidikan	Pekerjaan	Pekerjaan Suami	Status Pernikahan	Tempat Tinggal	Area Tempat Tinggal	Asuransi Kesehatan
X1	35	P1A0	S-1	Guru	Karyawan Swasta	Menikah Biasa	Rumah Kakak Istri (Terpisah dari Suami)	Urban	Ada BPJS sejak awal kehamilan
X2	34	P1A3	SD	Petani	Sopir truk sayur	Menikah Biasa	Di rumah sendiri bersama suami	Rural	Tidak ada, tetapi diurus saat telah dirawat di RS

2. Ringkasan Kasus

Dari kedua kasus yang ditelusuri diperoleh gambaran detail karakteristik ibu dan ringkasan kasusnya sebagai berikut:

a. Kasus Ibu 1 (X1)

Ibu X1 berusia 35 tahun, bungsu dari 5 bersaudara. Kehamilan pertama disadari sekitar Januari 2016. Ibu X1 pertama memeriksakan diri pada bidan praktek swasta (BPS) pada usia kehamilan sekitar 20 minggu atas desakan kakaknya yang curiga mengapa kakinya tampak membengkak dan merah.

Ibu X1 memeriksakan diri ke tempat praktek perawat senior sendirian tanpa pendamping. Suaminya bekerja ratusan kilometer dari rumah dan hanya datang 1-2 bulan sekali. Ibu X1 tidak berkomentar banyak tentang hasil pemeriksaannya, terkesan menghindar dan mengatakan bahwa hasilnya baik-baik saja.

Pada awal Oktober 2016, menjelang kehamilan aterm, bidan tersebut merujuk ibu X1 ke dokter ahli obgin (SpOG). Ibu X1 konsultasi sendirian pada SpOG 2 kali dan kepada keluarga ia mengatakan bahwa ia baik-baik saja, hanya diminta melahirkan di RS sebab janinnya sungsang. Kakak mendengar dari tetangga bahwa ibu X1 sudah diminta langsung operasi tanpa menunggu tanda kelahiran. Saat kakak meminta ibu X1 segera bersiap, ibu X1 ngotot menunggu tanda kelahiran dan siap melahirkan normal. Dokter sudah meminta ibu X1 operasi pada 10 Oktober 2016.

Pada Sabtu pagi 15 Oktober 2016, ibu X1 mendeteksi *bloody show* dan diantar keluarga ke RS swasta yang direkomendasikan SpOG. Ibu X1 tinggalkan rumah dan tiba di RSB sekitar pukul 13 dan kembali menegaskan ingin melahirkan normal meskipun dianjurkan operasi. Kemajuan persalinan dipantau oleh dokter hingga pukul 22 malam. Pada saat pembukaan lengkap,

pasien dipimpin untuk berkuat tetapi proses persalinan tidak lancar. Keluarga dan petugas kesehatan terus membujuk pasien.

Saat itulah keluarga pasien menyampaikan ada riwayat gondok yang dialami pasien semasa gadis yang semakin memperkuat alasan untuk mendesak ibu X1 dioperasi. Anjuran operasi akhirnya disetujui pasien yang sudah kelelahan dan sudah turun Hb-nya. Pasien didorong ke kamar operasi pukul 12 malam. Bayi lahir pukul 12.30 dan berhasil diselamatkan, tetapi ibu dikabarkan mengalami komplikasi perdarahan pada pukul 1 dinihari. Keluarga mengupayakan darah untuk transfusi malam itu juga sebanyak 14 kantong. Pasien diobservasi hingga pukul 4 lewat selanjutnya dirujuk ke RS rujukan pemerintah pada pukul 5 subuh di tengah keyakinan keluarga bahwa ibu Xq sebenarnya sudah meninggal. Ibu X1 masuk ke UGD bersalin, dilakukan tindakan life saving seperti pompa jantung dan dinyatakan meninggal oleh petugas RS tersebut.

b. Kasus Ibu 2 (X2)

Ibu X2, berusia 34 tahun, anak kedua dari 7 bersaudara. Sejak menikah kurang lebih 5 tahun terakhir, ibu telah mengalami 3 kali keguguran. Kehamilan kali ini Ibu rutin memeriksakan diri ke Puskesmas. Sayangnya, tersandung masalah tekanan darah yang tidak kunjung turun, ibu dirujuk berobat ke RSUD Gowa.

Ibu X2 tidak mengikuti anjuran bidan ke RSUD tetapi memilih berobat ke RS swasta di Makassar sebab di RS tersebut ibu memiliki sepupu yang bekerja sebagai perawat. Ibu tinggal sekitar 3 bulan berobat jalan di Makassar sebelum kembali ke rumahnya di wilayah pegunungan Gowa.

Ibu sempat kembali kontrol ke Puskesmas pada pertengahan Desember 2016 dan dianjurkan segera bersiap untuk melahirkan di RSUD Gowa. Seminggu kemudian, ibu X2 bermalam ke rumah ibunya untuk pamitan ke Makassar.

Pada ibunya, ibu X2 menyampaikan niatnya untuk melahirkan di RB swasta tempat sepupunya bekerja.

Subuh besoknya, ibu X2 mengeluhkan nyeri perut yang melilit dan sakit kepala. Orang tua ibu X2 menghubungi suami yang sedang ke kota mengantar sayur agar kembali menjemput istrinya untuk dibawa ke Makassar. Pukul 7 pagi saat ibu pingsan untuk pertama kalinya, dan suami tiba kembali di rumah orangtua membujuk ibu X2 untuk segera ke Puskesmas. Saat sadar kembali, ibu X2 memaksa untuk bertahan di rumah saja dan berkeras bahwa dia akan baik-baik saja.

Pukul 9 pagi, ibu X2 pingsan. Keluarga mulai panic. Keluarga mendesak suami untuk memanggil bidan. Bidan datang dan memeriksa ibu X2, ia menganjurkan ibu segera diantar ke Puskesmas. Tetapi suami berkeras bahwa ibu X2 tidak akan dibawa ke mana-mana.

Keluarga mendapat masukan bahwa ibu X2 mengalami *Pontianakkang*, kemasukan setan. Keluarga berupaya mencari dukun tetapi dukun tidak di rumahnya. Menjelang dzuhur, ibu X2 tetap tidak sadar. Atas desakan orangtua X3, suami akhirnya setuju membawa ibu X2 ke Puskesmas pada pukul 13 siang.

Setiba di Puskesmas, pasien segera dirujuk ke RSUD Gowa dengan ambulans Puskesmas. Ibu X2 tiba di RSUD Gowa pukul 17.30 dan dirujuk pada pukul 18.00 ke RS Wahidin Sudirohusodo (RSWS). Setiba Di RSWS pukul 19.00 malam, pasien dioperasi pukul 21.00 dan selesai sekita 23.00. Selanjutnya pasien dan bayinya dirawat di ICU. Enam hari kemudian bayi meninggal dan dibawa pulang dengan mobil pick up sayur ayahnya setelah melunasi biaya Rp. 7.800.000,-. Ibu X2 sempat direncanakan cuci darah tetapi kemudian meninggal dunia 8 hari kemudian. Biaya perawatan ibu ditanggung oleh Jamkesda dan membayar Rp. 1.200.000 biaya ambulans jenazah dari Makassar ke rumah mereka di pegunungan Gowa.

Tabel 4.5 Ringkasan Riwayat Kematian Ibu

Kasus	Frekuensi ANC (kali)	Lokasi ANC	Insiden dalam fase kehamilan	Insiden Sebelum Tiba di Fasilitas Kesehatan Pertama	Insiden di Fasilitas Pertama yang Dituju	Insiden di lokasi Rujukan 1	Insiden di lokasi Rujukan 2
<p>X1</p> <p>35 tahun</p> <p>P1A0</p> <p>BPJS</p> <p>Penyebab kematian:</p> <p>Perdarahan</p>	4	<ul style="list-style-type: none"> BPS 2 kali SpOG 2 kali 	<ul style="list-style-type: none"> ANC atas desakan kakak ANC ke-1 karena kaki edema pada UK 20 minggu X1 menutup-nutupi hasil pemeriksaan ANC 	<ul style="list-style-type: none"> Ibu dirujuk untuk operasi sebab sungsang dan kaki bengkak Ibu tidak memberitahukan hasil pemeriksaan pada keluarga Ibu menunda-nunda ke RS Bloody show pagi sebelum ke RB 	<ul style="list-style-type: none"> 13.00: tiba di RSB dan berkeras partus normal 22.00: dipimpin partus 23.00 persiapan operasi 00.00 operasi 00.30 anak lahir 01.00 perdarahan, keluarga diminta cari darah 05.00 dirujuk ke RS pemerintah. 	<ul style="list-style-type: none"> 05.00 dirujuk ke RS pemerintah. Keluarga merasa heran mengapa ibu X1 masih dirujuk karena menduga ibu sudah meninggal sebab mata ditutupi plester 05.20 dilakukan upaya life saving di RS rujukan 06.00 dinyatakan meninggal 	

Kasus	Frekuensi ANC (kali)	Lokasi ANC	Insiden dalam fase kehamilan	Insiden Sebelum Tiba di Fasilitas Kesehatan Pertama	Insiden di Fasilitas Pertama yang Dituju	Insiden di lokasi Rujukan 1	Insiden di lokasi Rujukan 2
<p>X2 34 tahun P1A3 Jamkesda</p> <p>Penyebab kematian:</p> <p>Eklamsi</p>	5 kali	<ul style="list-style-type: none"> • PKM 2 kali • RB Swasta 3 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensi • Dirujuk ke RS Gowa tapi memilih ke RB swasta • Merencanakan melahirkan di RB swasta 	<ul style="list-style-type: none"> • Pukul 5 Mulai his • Kesakitan tapi menolak dibawa ke PKM • Pukul 7 pagi, suami tiba dan ikut berkeras menolak istri dibawa ke PKM • Pukul 8 Memanggil dukun untuk usir setan • Pukul 9 Memanggil bidan tetapi butuh 3 jam untuk setuju membawa X2 ke PKM 	<ul style="list-style-type: none"> • Pukul 13.00 tiba di Puskesmas dipasang infuse • Disiapkan ambulans untuk rujuk • Sekitar pukul 13.40, dirujuk tanpa menunggu rampungnya surat rujukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pukul 17.00 tiba di UGD persalinan RSUD Gowa dan segera diarahkan untuk dirujuk lanjut ke RS Wahidin • Pukul 18.00 dirujuk 	<ul style="list-style-type: none"> • Pukul 19, tiba di RSWS • Pukul 23, dioperasi • Selanjutnya dirawat ICU hingga 8 hari kemudian • Meninggal di RSWS 9 hari pasca partus.

3. Tahapan yang dialui ibu dalam persalinan hingga kematian

a. Tahap persiapan

Persalinan merupakan fase yang sifatnya traumatis baik secara fisik ataupun psikis. Persiapan yang matang sangat diperlukan untuk mendukung terjalannya proses tersebut secara lancar dan aman. Setiap ibu senantiasa mengupayakan persiapan sesuai kemampuannya dalam menghadapi proses persalinannya. Dalam percakapan dengan informan diperoleh gambaran tentang persiapan para ibu dalam kasus yang ditelusuri dalam mempersiapkan persalinannya.

1) Olahraga, Makan dan Tidur

Gerak fisik yang optimal sesuai kondisi tubuh, makan dan tidur secara seimbang merupakan kebiasaan baik yang menunjang kesehatan ibu dan janin. Dari keempat kasus yang diteliti, dijumpai kesan bahwa ibu berupaya untuk menjaga kesehatan mereka dengan olahraga, makan dan tidur sesuai kesanggupan mereka.

Kakak dari kasus X1 menceritakan kondisi adiknya:

“Uh de sehatnya, sudah mandi, sudah mencuci, makan, baru kubawa lagi ke rumah sakit.” (A, kakak X1)

Ibu dari kasus X3 menambahkan tentang rekreasi dari kasus X3, walaupun dia sebenarnya ke Makassar untuk menjalani rujukan berobat:

“Baik-baik ji itu di Makassar. Gembira ji. Ada barangkali 3 bulan sama sepupunya jalan di Makassar” (Ibunda dari X2)

Kerabat X2 menggambarkan bagaimana kebiasaan olah raga X2:

“Sehatnya ji itu, de gemuknya, kuatnya jalan itu kalo pagi-pagi pigi jalan-jalan subuh” (Kerabat X2)

2) ANC (*Ante Natal Care*)

Pemeriksaan selama masa kehamilan juga merupakan aspek penting yang sangat signifikan dalam menunjang kelancaran persalinan. Terdapat kesan bahwa tiga kasus dari ke-empat ibu yang diteliti sangat peduli terhadap kondisi kesehatan dirinya dan janin mereka. Selain ANC, ibu X1 bahkan segera memeriksakan diri untuk kasus kecil seperti flu:

“Anu ji kayak flu ini waktu mau melahirkan. Jadi terakhir itu ke suster XXX (menyebut nama bidan, Pen) itu malam Rabu (Tiga malam sebelum meninggal). Dia bilang kayak batukki, flui.”(A, kakak X1)

Pemilihan lokasi ANC ternyata merupakan hal yang sifatnya sangat subyektif. Di wilayah rural Gowa, menurut penuturan F (NGO), J (Dokter) dan H (Bidan), masyarakat yang sulit menjangkau fasilitas kesehatan menjadikan kegiatan puskesmas keliling dan posyandu sebagai sarana untuk bertemu petugas kesehatan untuk ANC. Sementara di wilayah urban, keadaan bersifat transisional.

G (Kader Kesehatan) menuturkan perjuangannya mengajak ibu untuk ANC:

“Aih malas itu ibu-ibu ke Posyandu (periksa kehamilan, Pen.). Apalagi yang ibu-ibu yang tinggal di perumahan. Kalau orang kampung sini-sini ji iya masih bisaji dibujuk. Kalau itu di situ (menunjuk kompleks perumahan) kalau didatangi ka nda napeduliji ki’ ”

Terhadap kasus rujukan ANC dari daerah rural, meskipun sebagian besar menaati rujukan dari puskesmas untuk lanjut ke RSUD Gowa, ada pula ibu yang ketika dirujuk memilih fasilitas kesehatan lain selain yang ditujukan dalam surat rujukan:

“Disuruh turun di Kalong Tala (RSUD Gowa), tapi nabilang ji mau ka pigi di RB XXX (menyebut nama RB swasta). Maui pi sama spupunya

di situ. Ka ada spupunya kerja di situ.” (C, ibu dari X2)

Perilaku mengubah arah rujukan semacam ini, seperti diakui J (Dokter) sangat potensil untuk menjadi celah yang membahayakan jiwa pasien sebab riwayat pasien sulit dilacak dan komunikasi berupa rujukan balik kemungkinan besar tidak terjadi.

3) BPJS

Meskipun prosedur yang harus dilalui cukup rumit, keberadaan jaminan asuransi kesehatan merupakan hal yang sangat mendasar dalam memastikan ketenangan jiwa ibu menjalani proses persalinan. Dari ke-empat kasus yang diteliti terlihat bahwa asuransi kesehatan belum sepenuhnya menjadi skala prioritas di kalangan ibu-ibu ini. Hanya X1 yang secara sadar mengupayakan BPJS nya sebelum persalinan:

“Adami (BPJS). Na belum pi berapa bulan itu sudah mengurusmi begitu. Disuruh sama suster nabilang mengurus ko BPJS.”(A, kakak X1)

Di sisi lain, kasus X2 mengurus BPJS saat sudah kasip.

“Nda ada (BPJS). Nda ada pi itu. Waktu dua harinya pi itu di Wahidin baru suamina pi urus. Karna nabilang susah itu, banyak itu nanti kau bayar.”

4) Dukungan keluarga

Kesan dukungan keluarga dijumpai pada ke-empat kasus dengan variasinya masing-masing. Dukungan suami terkesan sangat nyata. Ibu A mengisahkan

kesedian suami X1 yang bekerja ratusan kilometer dari Makassar untuk cuti 2 bulan demi mendampingi persalinan istrinya.

“Waktu mau melahirkan, dua bulan ki suaminya di sini, natunggu melahirkan.” (A, kakak X1)

Selama fase 2 bulan pra persalinan tersebut, dengan kehadiran suaminya, X1 2 (dua) kali mengunjungi SpOG dan sekali mengunjungi bidan. Proporsi kunjungan tersebut adalah 75% dari total jumlah ANC yang dilakukan X1.

Di sisi lain, kuatnya dukungan suami tidak hanya berdampak positif tapi pula negative. Dukungan tersebut juga dapat memperkuat keinginan ibu untuk menolak layanan petugas kesehatan. Seperti cerita ibu dari X2:

“Waktu sadar ki itu sebentar, dia (X2, Pen.) bilang ka baik-baik ja ini, jangan mi (tidak perlu bawa ke Puskesmas, Pen.). Suaminya juga na bilang jangan mi dulu. Jangan mi dulu (tidak usah dulu dibawa ke Puskesmas, Pen.). “(C, ibu X2)

Dukungan dari anggota keluarga lainnya sangat mempengaruhi pilihan ibu. Ibu X1 mengalami edema kaki sejak trimester awal kehamilan dan menutupinya. Ia baru setuju melakukan ANC pertama pada usia kehamilan 20 minggu saat kakaknya (A) menesaknya untuk memeriksakan diri. Informan A menyesali mengapa tidak berkeras melawan kehendak adiknya (X1) untuk melahirkan normal pada hari ketika mereka sudah ada di RB swasta:

“Seandainya itu langsung mi turun kubawa, langsung dia bilang sesar mi langsung... nda taumi itu kalo ajal deh. Maumi diapa. Seandainya itu waktu langsungmi turun kubawa disesar tongmi langsung, Itu ka, langsung mau melahirkan normal”(A, kakak X1)

“Itu mi saya bilang langsung mo ko itu sesar, ka kubilang tua mi

umurmu. Di sesar moko, na sebentar sekali ji itu orang di kasi begitu. Tapi nda maui.”(A, kakak X1)

5) Kawin lari dan Pernikahan Dini

Kasus X1 dan X2 menikah dengan jalur formal dan resmi. Meski demikian, pada kasus lainnya, status pernikahan yang tidak diakui oleh negara dan norma masyarakat luas berdampak pada kesejahteraan dan keselamatan ibu dan janinnya. Informan F (NGO) menuturkan kendala administrasi terkait pernikahan semacam ini:

“Pada tahun 2015 itu... lebih 10 kematian ibu, ada sekitar 5 kasus itu, itu kasus pernikahan dini dan kawin lari. Waktu saya turun memantau, problemnya dia kalau dia kawin lari, itu akan sangat berkaitan dengan biaya. Ya, akan sangat berkaitan dengan biaya. Kayak kemarin itu, dia mengalami gejala klinis komplikasi, dia pergi ke bidan atau RS. Meskipun ada program kesehatan gratis di Gowa, tapi dia tidak punya KTP dan KK...tidak ada surat nikah..di RS tidak bisa ditangani. Orang RS tidak mau kalau tidak lengkap administrasi.”(N, aktifis NGO)

Informan K (Kader kesehatan di wilayah terpencil Gowa) menuturkan adanya sanksi social terhadap kondisi pernikahan kawin lari:

“Bahaya sekali mi itu kalau kawin lari, Kak. Karena keluarga pihak istri pasti tidak setuju sementara pihak suami juga belum tentu ikhlas. Jadi seperti dibiarkanmi saja itu ibu kasian, seolah-olah menjadi hukuman, siapa suruh melawan orang tua.” (K, Kader)

b. Tahap persalinan hingga saat kematian

Wawancara mendalam dengan informan menunjukkan munculnya beberapa fakta menarik tentang fase ini. Di antara hal yang perlu mendapat perhatian adalah seperti diuraikan berikut ini.

1) Semangat Ibu untuk Melahirkan secara Normal

Keinginan untuk melahirkan secara normal terkesan sangat kuat pada hampir seluruh kasus. Melahirkan normal memiliki konsekuensi lebih ringan dalam berbagai aspek termasuk dalam hal biaya yang lebih ekonomis. Hal ini menjadikannya pilihan pertama terutama bagi ibu dari kondisi social ekonomi yang kurang mampu.

“Ka selalu itu nabilang, “Jangan mi bawaka’. Di sini ma saja.” Waktu pertama sakitnya datang, itu terus ji nabilang sampenya tidak sadar.” (Informan C, ibu X2)

Gambaran keinginan untuk melahirkan per-vaginam bukan hanya didorong oleh kekuatiran pada persoalan pembiayaan. Ibu X1 dari kalangan social ekonomi menengah ke atas juga berkeras untuk melahirkan secara normal sekalipun dokter mengharuskannya melahirkan melalui operasi Sectio Cesarea (SC).

“Itu waktunya maumi melahirkan, di suruhmi ke RB XXX (menyebut nama RB swasta). Eh, dokter XXX (menyebut nama SpOG, Pen.) dulu computer (USG, Pen.). Sudah itu disuruh lagi ke suster XXX (menyebut nama bidan BPS, Pen.), Nabilang suster “ke RB XXX mi langsung disesar”. Eh, dia tunggu lagi sampenya ada tanda-tanda keluar, na itu hari disuruh, eh, hari Rabu. Eh, jadi, ditunggu lagi tanda-tandanya ka dia bilang saya mau melahirkan normal.” (Informan A, kakak X1)

2) “Ih, keluar tong ji itu!”

Kedua kasus menunjukkan perilaku ibu yang sifatnya fatal sebab berupaya menutupi fakta tentang kondisi mengancam jiwa yang dialaminya. Terdapat kesan bahwa ibu menghindarkan diri dari kemungkinan dilakukannya intervensi medis yang serba invasive jika ia menyampaikan kondisi dirinya berdasarkan penilaian

dokter pada keluarga. Pada kasus X1, ibu tidak menyampaikan kondisi dirinya pada keluarga tetapi memilih menceritakan pada tetangganya yang tentunya tidak dapat mengintervensi secara agresif untuk menolongnya:

“Disuruh sama suster itu langsung dioperasi. Tapi ndak tau, kayak, kayak ndak dipeduliki. Kalo disurui toh, nabilang “Ih, keluar tonji itu!” Maumi itu, kayak bulannya mi toh, nabilang suster, ke sana mi supaya langsung disesar, dia ndak bilang-bilang sama keluarga. Itu ji tetangga tanyak ki’ bilang ih, ka disurui itu pigi sesar. Tapi, ndak na tanyakki. Kalau ditanyakki dari rumah sakit nabilang baik ji” (Informan A, kakak X1)

Ibu X2 meninggal karena eklamsi. Di sepanjang periode sebelum X2 tidak sadarkan diri, ia mengeluh sakit kepala hebat. Orang tua sudah membujuk untuk membawa ke Puskesmas tetapi X2 berkeras bahwa ia tidak apa-apa:

“...Tidak apa-apa ja ini. Ka selalu itu nabilang, “Jangan mi bawa’ka’. Di sini ma saja.” Waktu pertama sakitnya datang, itu terus ji nabilang sampenya tidak sadar.” (Informan B, ibu X2)

3) Polemik seputar pembiayaan

Hampir seluruh informan yang mewakili keluarga kasus berupaya menghindari pembicaraan tentang kendala pembiayaan. Baik dari kasus yang berasal dari latar belakang keluarga menengah ke bawah (kasus X2) maupun yang berlatar belakang keluarga menengah ke atas.

Polemik sekitar pembiayaan kerap timbul pada kasus lain seperti kawin lari atau pernikahan dini. Persyaratan administrative dalam hal ini KTP dan Kartu Keluarga (KK) merupakan dua hal yang dapat membebaskan pasien warga Gowa yang berobat di fasilitas kesehatan di Gowa dari pembayaran:

“Dia datang saja di sini (Puskesmas, Pen.), langsung dirujuk turun (ke RSUD Gowa, Pen.). Sampai di bawah, nda tau bagaimana ya, ka bagaimana dicari KTP, KK apa tidak ada.. begitulah, dihubungi apa keluarga tidak ada, karena memang begitu kalo kawin lari...Jadi yah, memang nda tau mi bagaimana itu...” (Informan F, bidan)

Untuk mmperjelas signifिकासnsi kendala pembiayaan, Informan D (NGO) memaparkan:

“Faktanya di lapangan lebih banyak masyarakat yang belum punya kartu (BPJS) ...di antara kasus kematian yang ada di Gowa itu termasuk di antaranya beberapa disebabkan karena BPJS-nya tidak ada, jadi dia terlambat mendapat penanganan di rumah sakit. Misalnya dia dirujuk ke RS, nanti betul-betul kita (LSM) dampingi di Kalong Tala, baru orang Kalong Tala dibilang oya orang dikenalji ini apa semua, bisa ji ditanggihkan pembayarannya karena tidak ada BPJS-nya.” (Informan D, NGO)

4) “*Dikirai Pontianakkang*” (Diduga kesurupan)

Meskipun informasi dan keterangan tentang tanda dan gejala kehamilan yang mengancam sudah disampaikan secara luas, tahyul dan kepercayaan masih tetap mengakar kuat dan mengancam. Hal ini jelas tergambar pada kasus X2, ibu yang meninggal karena eklamsi. Kesaksian dari berbagai sumber menggambarkan dengan tegas bagaimana tahayul semacam itu membuat pertolongan medis kepada X2 terlambat dilakukan. Informan C, adik X3, bertutur terputah-putah dalam bahasa daerah setempat dan diterjemahkan sebagai berikut:

“Orang bilang, kakaku dimakan jin. Dia kesurupan. Dia tidak sadar karena kesurupan.” (Informan C (diterjemahkan dari bahasa Konjo), adik X3)

Bidan menguatkan pernyataan tersebut dengan kesaksiannya:

“Dia (X3) kejangnya pagi, tapi dia dibawa ke sini siangpi, ka dibilang kesurupan ji itu.” (Informan F, Bidan daerah terpencil)

Perkara tahyul merupakan hal yang disadari oleh informan sebagai sesuatu yang tidak sesuai dengan keyakinan masyarakat luas. Karenanya, terdapat kesan bahwa ibu dari X2 menutupi fakta yang disampaikan adek X2 (informan C). Saat informasi tentang persangkaan “*pontianakkang*” tersebut dikonfirmasi pada informan B (ibu dari kasus X2), B menolak mengakui bahwa tahyul tersebutlah yang menghalangi mereka membawa X2 ke Puskesmas.

“Tena! (Bukan! Ini diucapkan dengan nada meninggi, Pen.). Itu di bawah pi bilang orang, ada disuruh ini penyakitnya, orang yang tujuh saudara, nasuruh orang masuk di situ (Maksudnya roh dari orang yang tujuh bersaudara diminta masuk ke badan si sakit, Pen.).... Bukan, bukan kita yang bilang, kita juga ndak tau juga kodong bilang bagaimana ka takukki’ jadi begitu mi.” (Informan B, ibu X2)

5) Stigma yang mengekang

Kawin lari menyebabkan ibu merasa malu untuk tampil ke tengah masyarakat. Mereka merasa malu untuk memeriksakan diri kepada petugas kesehatan. Hal ini jelas menyulitkan untuk mendeteksi kondisi mereka sejak awal. Jika ada kelainan, mereka toiba dalam kondisi yang sudah terlambat di Puskesmas dan atau di fasilitas kesehatan lainnya. Informan D yang aktif di NGO yang mendampingi ibu hamil menyampaikan kesaksiannya:

“Ada kemaren itu, memang dia meninggalnya karena gejala klinis, perdarahan ada juga kayak eklamsi begitu. Setelah ditelusuri kondisi social budayanya, dia termasuk kawin lari sehingga dia jarang periksa ke bidan. Rekam mediknya tidak lengkap, artinya dia selama dia hamil itu hanya tinggal di rumah *thok* saja dan tidak memeriksakan kehamilannya, karena malu dan takut. Ya, nanti dia mau melahirkan,

baru dia datang ke bidan. Tanpa persiapan, tanpa bagaimana-bagaimana” (Informan D, aktivis NGO)

Kesulitan bukan hanya dirasakan dari sisi ibu yang kawin lari tpi juga dari pihak yang mencoba menolong mereka seperti kader pendamping. Hal tersebut diceritakan oleh informan K, seorang kader kesehatan:

“Memang serba salah. Kita juga yang mau mendekati untuk menolong harus hati-hati sebab banyak kecurigaan. Salah-salah, kita yang berniat baik dianggap memperkeruh situasi.” (Informan I)

6) Prosedur RS dan faskes yang rumit dan membingungkan

Keluarga dari beberapa kasus mengeluhkan ketidak-fahaman mereka tentang prosedur RS. Mereka merasa tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan, termasuk untuk menentukan mengapa pasien harus dirujuk. Hal tersebut sangat potensial menimbulkan kesalah-pahaman keluarga pada pihak RS.

“Dia (Pihak RS, pen) bilang sekarat mi itu waktu jam 3 itu baru dibawa ki lagi ke...(berhenti sejenak). Itu RS XXX (RS Rujukan pertama, pen.) kurang ajar memang tong..karena meninggal mi itu di situ waktu subuh, dia tutup lak ban mi matanya, kenapa disuruh lagi rujuk ki lagi ke RS YYY (RS Rujukan ke-2, pen)? Jadi dia (keluarga X1, pen) bilang, ih ka sudah meninggal mi ini kenapa dibawa lagi ke RS YYY?” (Informan A, kakak X1)

Keluarga juga bingung mengapa mereka tidak boleh dirujuk ke RS yang mereka inginkan:

“Nda tau mi. Kubilang ji bilang bawa ki pi situ (RB swasta). Bilang itu anu na dokter bilang jang ko, bukan anuta.. eh.. apa na? Bilang jang ko pi situ, bawa pi Kalong Tala (RSUD Gowa, Pen)” (Informan B)

7) Komunikasi lintas fasilitas

Keluhan tentang komunikasi lintas fasilitas dari penyedia layanan kesehatan

memberikan keterangan tentang bagaimana hubungan antar fasilitas kesehatan cukup kompleks dan dapat dengan mudah tidak tersambung. Hal ini membawa dampak negative terhadap penanganan pasien.

“Waktu itu ada pasien dia mengalami perdarahan dan Hb-nya katanya sudah di titik kritis, untungnya di palang merah ada darah yang sesuai dengan yang dibutuhkan. Dan pada saat yang mendesak, itu pun karena kebetulan dokter yang bekerja di puskesmas dia juga dokter yang bekerja di palang merah yang bekerja jadi dia bisa langsung konek. Itu kan orang bilang keajaiban, artinya anunya ma mi Tuhan. Bagaimanami itu kalau tidak nyambung.” (Informan D, aktifis NGO)

“Yang kemaren itu (Kasus X2), termasuk masalahnya itu di komunikasi antar layanan kesehatan. Tidak ada sama sekali informasi kepada kita di sini tentang hasil penilaian dokter yang di sana tentang pasien yang kita rujuk.” (Informan H, Dokter dan Kepala Puskesmas)

8) Politik, regulasi, konflik interest

Pembuatan peraturan yang mendukung kesehatan ibu dan anak merupakan hal yang sangat krusial. Dalam sistem penganggaran kegiatan, payung hukum terhadap suatu pembiayaan kegiatan dapat melegitimasi pentingnya kegiatan tersebut untuk dibiayai.

“ Di Gowa itu tidak ada perda yang mengatur penyelamatan ibu hamil dan bayi baru lahir... Jadi dari sisi kebijakan tidak ada, jadi tidak ada payung anggaran. Kemaren kami sempat fasilitasi supaya ada perbup tapi batal... Itu seolah dianggap tidak penting” (Informan D, aktivis NGO)

Peneliti mengkonfrontir informasi yang menunjukkan bahwa petugas kesehatan kabupaten Gowa dilarang membantu melakukan persalinan di rumah

ibu dan harus diarahkan ke Puskesmas.

“Itu edaran saja, dok. Itu hanya surat edaran dinas kesehatan yang melarang persalinan di rumah. Belum jadi Peraturan Bupati atau pun Perda” (Informan H, dokter dan kepala Puskesmas)

Sekalipun edaran dan himbauan telah diberikan untuk mendorong persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintah, ada berbagai kepentingan yang menyebabkan penerapannya sulit dijalankan sepenuhnya.

Informan D memberikan keterangannya:

“Bidan kalau menolong persalinan di rumah itu langsung dapat cash, sementara kalau di Puskesmas lama prosesnya cair. Kalau petugasnya tidak patuh, ada namanya “layanan VIP”, mereka (bidan) langsung mengadakan kunjungan rumah. Ini menghambat kesadaran masyarakat.”

“Susah itu sebab kadang bidan-bidan Puskesmas, mereka punya BPS juga, jadi kadang lebih sering ada di BPS-nya daripada di Puskesmas. Ya, perilaku petugas hehe, pelayanan bagus sesuai keinginan pasien kalo untuk praktek pribadinya.” (Informan E, Kader)

D. Pembahasan

Setiap tahunnya hingga 2016 ini, Kabupaten Gowa adalah salah satu wilayah penyumbang kematian ibu terbesar di Propinsi Sulawesi Selatan. Angka Kematian Ibu (AKI) merekam gambaran profil kesehatan suatu wilayah. Di dalamnya tergambar tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, melahirkan dan masa nifas.

Jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan oleh Subdin Bina Kesga (Dalam Profil Kesehatan Kabupaten Gowa, 2014) adalah pada tahun 2011 sebanyak 12 orang atau 92,7 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 terjadi kematian sebanyak 19 orang atau 149,6 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun berikutnya, ada 10 orang atau 80 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada Tahun 2014 adalah sebanyak 3 orang atau 24 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2016, yaitu saat penelitian ini dijalankan, jumlah kematian terhitung 15 orang.

A. Kejadian-kejadian yang penting yang dialami seorang ibu sejak periode dimulainya proses gangguan masa kehamilan hingga saat terakhir kehidupan dari bayi atau ibu

Berdasarkan hasil penggalian data kualitatif dijumpai bahwa proses yang dilalui dalam periode kehamilan, persalinan hingga kematian ibu secara garis besar dapat dibagi atas dua bagian besar. Pertama proses persiapan persalinan yang terjadi pada fase kehamilan hingga munculnya tanda persalinan. Kedua tahap persalinan hingga detik kematian ibu..Agar lebih sistematis, pemaparan hasil penelitian dibagi ke dalam dua bagian besar selaras dengan dua proses utama yang dilalui ibu tersebut.

1. Tahap Persiapan Persalinan

Keberhasilan yang dapat dicapai oleh ibu dan janin dalam melalui proses persalinan dengan sehat dan selamat sangat banyak ditentukan oleh kesiapan dan persiapan yang dirancang oleh ibu dan keluarga sebelum fase persalinan tiba. Tanda bahaya kehamilan dan persalinan yang dapat dikenali lebih dini selama

pemeriksaan antenatal dapat mencegah kejadian tidak diinginkan yang jika tidak ditangani dapat berujung pada kematian ibu dan atau bayinya.

Dalam penelitian ini dijumpai bahwa terdapat beberapa tema event yang menonjol dalam fase persiapan persalinan yaitu: (1) Olah raga, makan, tidur dan rekreasi, (2) ANC, (3) Asuransi Kesehatan Ibu, (4) Dukungan Keluarga dan (5) Kawin lari dan pernikahan dini.

Tidak dipungkiri aktifitas fisik dan jiwa yang sehat dan seimbang merupakan satu kunci keberhasilan persalinan.

Antenatal care menurut Dhange dkk (2013) pada prinsipnya dimaksudkan untuk tiga hal utama yaitu membantu menyediakan untuk ibu nasehat kesehatan, pendidikan, dukungan dan kekuatan moril; kedua menangani keluhan ringan fase kehamilan dan ketiga adalah untuk menjadi sarana screening pada kemungkinan komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa. Sayangnya, sekalipun mengemban fungsi yang sangat krusial, kejadian bahwa para ibu cenderung untuk menunda kontak pertama mereka dengan petugas kesehatan seperti terjadi pada kasus X1 dalam penelitian ini juga ditemukan dalam penelitian lainnya di mana ditemukan bahwa sebagian besar ibu lebih senang melakukan ANC setelah usia kehamilan 21 minggu atau saat perut mereka sudah tampak membesar (Mathole dkk, 2004).

2. Tahap Persalinan hingga Saat Kematian

Dalam penelitian ini dijumpai bahwa terdapat beberapa tema event yang menonjol dalam fase persalinan hingga kematian ibu yaitu: (1) Semangat

ibu untuk melahirkan secara normal., (2) “*Ka baik-baik ja ini!*” (3) Polemik sekitar pembiayaan, (4) “Dikira *Pontianakkang*” (5) Stigma yang mengekang (6) Prosedur RS dan Fasilitas Kesehatan yang membingungkan, (7) Komunikasi lintas fasilitas, (8) Politik, regulasi dan konflik interest..

Tingkat pendidikan formal ibu telah terbukti sangat berkaitan dengan hasil akhir suatu kehamilan dan persalinan (Onah, 2002). Meskipun demikian, dalam penelitian ini dijumpai bahwa tingkat pendidikan formal tidak selamanya menjamin kepatuhan ibu terhadap anjuran medis yang diterimanya dari dokter. Penerimaan ibu terhadap anjuran tindakan medis invasive, terlebih lagi terhadap section cesarean. Justru secara konsisten terlihat bahwa ibu baik dari latar belakang pendidikan tinggi atau rendah, penolakan untuk tindakan medis invasive terjadi. Penelitian yang dijalankan pada sampel perempuan berpendidikan tinggi di Nigeria menunjukkan gejala yang sama bahwa sebagian besar dari sampel ibu berpendidikan tinggi menolak untuk melakukan operasi tersebut. Pada ibu berstatus social ekonomi rendah, keengganan menerima anjuran operasi salah satunya terdorong oleh kekhawatiran akan pembiayaan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Nagahawatte dan Goldenberg (2008) dijumpai bahwa kemiskinan merupakan factor yang sangat signifikan dalam kematian ibu bahkan ketika hal tersebut terjadi di Negara maju seperti the US. Hal tersebut diduga terjadi akibat tidak terpakainya fasilitas yang terstandar untuk pemeriksaan ANC oleh ibu-ibu dari kalangan kurang mampu. Sejalan dengan temuan Nagahawatte dan Goldenberg (2008) tersebut, dalam kasus X2 terlihat bahwa

meskipun telah dianjurkan untuk dirujuk ke RSUD Gowa, X2 tetap memilih untuk berobat ke RS swasta di mana sepupunya bekerja yang menyebabkan informasi tentang penanganan dan pemeriksaan lanjutan yang dilakukan tidak pernah diinformasikan kembali ke Puskesmas untuk ditindak-lanjuti.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Penelitian ini menunjukkan bahwa tahapan patient journey dapat dibagi atas 2 bagian utama yaitu tahap persiapan persalinan dan tahap persalinan hingga kematian
2. Tahap pertama yang merupakan tahap persiapan ditandai dengan tema-tema seperti (1) Olahraga, makan, tidur dan Rekreasi (2) ANC, (3) Asuransi Kesehatan dan (4) dukungan keluarga.
3. Tahap kedua menunjukkan berbagai tema termasuk (1) Motivasi tinggi ibu untuk pervaginam - pengiriman (2) "I Ka Baik-baik ja ini" (3) Anggaran (4) "Dikira *Pontianakkang*" (6) Membingungkan rumah sakit dan fasilitas kesehatan prosedur (7) komunikasi Inter-fasilitas dan (8) Politik, regulasi dan konflik kepentingan.
4. Selama proses tersebut, anggota keluarga, terutama suami tampak memainkan peran penting dalam perjalanan ibu.

B. Saran

1. Studi ini menunjukkan bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan harus melibatkan keluarga pada konsultasi kehamilan sejak pertama kali untuk

memastikan bahwa ibu memiliki dukungan yang cukup untuk mengikuti jalur yang benar untuk proses persalinan yang sukses.

2. Penelitian selanjutnya sebaiknya mempersiapkan waktu dan dukungan yang memadai pada tahap membangun hubungan dengan calon informan mengingat pada kasus sensitive semisal kematian ibu informan kerap enggan untuk dilibatkan dan diwawancarai.

DAFTAR REFERENSI

Adisasmita, A., Deviany, P. E., Nandiaty, F., Stanton, C., & Ronsmans, C. (2008). Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8,10.

Adiwidjaja, A. G. (2001). Analisis pelaksanaan Audit Maternal Perinatal di kabupaten Serang tahun 2000. Master Thesis. Supervised by Luknis Sabri. Jakarta: Public Health Faculty of the University of Indonesia.

Anaf, S., Sheppard, L., & Drummond, C. (2007). Combining case study research and systems theory as a heuristic model. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1309-1315.

Barnes-Josiah D., Myntti C., & Augustin A. (1998). The "three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med*.46(8),981-93.

Ben-Tovim, D. I., Dougherty, M. L., O'Connell, T. J., & McGrath, K. M. (2008) Patient journeys: the process of clinical redesign. *MJA*, 188, S14–S17.

Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. (2005). *Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. Reproductive Health* 2, 3-10. doi:10.1186/1742-4755-2-3.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among the five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dhange P, Breeze ACG, Kean LH. Routine antenatal management at the booking clinic. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2013;23:45–52

Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Upaya Penurunan AKI dan AKN di Kabupaten Gowa. Presentasi Makalah Dalam Pertemuan dengan Usaid Program Emas. Sungguminasa: 16 September 2014

Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR). Buku acuan asuhan persalinan normal. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Indonesia.; 2002.

Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI). Jakarta: Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI; 2011. p. 1-6.

Lauckner, H., Paterson, M., & Krupa, T. (2012) Using constructivist case study methodology to understand community development processes: proposed methodological questions to guide the research process. *The Qualitative Report*, 17 (25), 1-22.

Kwast BE. Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1996;69(1):47-53.

Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM. A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery.* 2004;20(2):122–132

Nagahawatte NT, Goldenberg RL: Poverty, Maternal Health, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Ann NY Acad Sci.* 2008, 1136: 80-85. 10.1196/annals.1425.016.

Nyamtema, A.S., Urassa, D.P., & Roosmalen, J.V. (2011). Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 30.

Onah HE. Formal education does not improve the acceptance of cesarean section among pregnant Nigerian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Mar; 76(3):321-3

Patton, M. Q. (2002) Qualitative analysis and interpretation. In: Patton MQ, editor. *Qualitative research and evaluation methods.* (3rd ed.) (pp. 447-52.) California: Sage Publications Ltd.

Profil Kesehatan Kabupaten Gowa 2014, http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/73_06_Sulsel_Kab_Gowa_2014.pdf. Diakses 13 Januari 2017 pukul 00.26.

Sen, G., & Batliwala, S. (2000). Empowering women for reproductive rights (Chapter 2) in Presser, H. B., and G. Sen (Eds.), *Women's Empowerment and*

Demographic Processes: Moving Beyond Cairo (pp 15-35). Oxford: Oxford University Press.

Somé, D.T., Sombié, I., & Meda, N. (2013) How decision for seeking maternal care is made—a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reprod Health*, 10 (1),8.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-454). Thousand Oaks, CA: Sage

Stoecker, R. (1991). Evaluating and rethinking the case study. *Sociological Review*, 39(1), 88-112.

Supratikto, G., Wirth, M. E., Achadi, E., Cohen, S., & Ronsmans, C. (2002). A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 228-234.

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 38(8),1091–110.

Treble, T. M., Hansi, N., Hydes, T., Smith, M. A., & Baker, M. (2010). Process mapping the patient journey through health care: an introduction. *BMJ*, 34, c4078. doi: 10.1136/bmj.c4078

WHO. (2004). Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). *Health statistics and information systems*. Accessed on 27 March 2016 from <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>

World Health Organisation. WHO country cooperation strategy for Indonesia 2007-2011. Jakarta: World Health Organization; 2007

WHO. (2010). Maternal and perinatal health. *Maternal, newborn, child and adolescent health*. Accessed on 27 March 2016 from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. WHO; 2010 [cited 2014 25 March]; Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage